Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

700
Digitized by Google

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER
SAN FRANCISCO

MEDICAL LIBRARY EXCHANGE

MEDICAL-DENTAL LIBRARY
MARQUETTE UNIVERSITY

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, H. DREUW-Berlin, P. EHRLICH-Frankfurt a. M., S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. v. FICK-Wien, E. FINGER-Wien, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, J. JADASSOHN-Bern, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, V. KLINGMÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEISTIKOW-Hamburg, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, P. NÄCKE-Colditz (Sa.), L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, E. RIECKE-Leipzig, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TÖRÖK-Budapest, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, F. WINKLER-Wien, M. WOLTERS-Rostock

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG
P. TAENZER — BREMEN
J. H. RILLE — LEIPZIG
E. DELBANCO — HAMBURG

SECHSUNDFÜNFZIGSTER BAND

1913

JANUAR BIS JUNI (Nr. 1—26)

MIT 19 ABBILDUNGEN IM TEXT UND TAFEL 1—8

LEIPZIG UND HAMBURG
VERLAG VON LEOPOLD VOSS
1913

Digitized by Google

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalabhandlungen.

(* bedeutet „Aus der Praxis"; ** bedeutet „Feuilleton".) Seite

Zur Chemie der Haut. X. Über Granoplasma und eine allgemeine Methode zur mikrochemischen Erforschung eiweißartiger Zellbestandteile, von P. G. Unna und L. Golodetz 1
Über die Sensibilität der spitzen Kondylome, von Artur Fontana 17
**Die ethischen Wirkungen der Reglementierung, von Katharina Scheven 22. 53
Über die Bedeutung des Salvarsans und Neosalvarsans bei der Behandlung der Syphilis, von Johan Almkvist 41
Bakteriologische Untersuchungen bei verschiedenen Hautentzündungen (Licht- und Kohlensäurereaktionen, Ekzeme, Ulzerationen usw.), von Martha Ehrlich 73. 103
Weiteres über die Infektiosität des Blutes Syphilitischer für Kaninchen, von Aumann 81
Ein Fall von isolierter primärer Gonorrhöe eines akzessorischen Ganges am Penis, von J. T. Lenartowicz 97
Klinischer und statistischer Beitrag zur Ätiologie der Hauttuberkulose, insbesondere des Lupus vulgaris, von Ernst Rupp 129
Ein Fall von generalisierter, kongenitaler Hyperkeratose, von J. Brault 144
Sklerodermieartige Hautveränderung nach Skorbut, von Wilhelm Lier 157
Über die diagnostische Wertlosigkeit der negativen Wassermann-Reaktion, von Karl Rühl 159
Therapeutische Versuche mit Sulfoform (Triphenylstibinsulfid), von Alfred Sternthal 162
Pustulös-hyperkeratotisches Exanthem bei gonorrhoischer Allgemeinerkrankung, von Paul Sobotka 181. 218
Über Syphilis mit verstecktem Primäraffekt, von Johan Almkvist 190
Zur Kenntnis der syphilitischen Hirnreaktion nach der zweiten Salvarsaninjektion, von Felix Pinkus 196
Ein Fall von Aortitis auf Basis einer kongenitalen Lues, von Artur Lippmann . 213
Eine mit atrophischen Veränderungen der affizierten Gebiete verknüpfte, rezidivierende Dermatitis des Gesichts, von Richard L. Sutton 245
Zur Sulfoformbehandlung der Alopecia seborrhoica, von Max Joseph 255
Positiver Leprabazillenbefund in den Fäzes bei an leprösen Schleimhautveränderungen des Kehlkopfes leidenden Patienten, von Louis Merian 269
Über die Wirkung des atoxylsauren Quecksilbers bei der menschlichen Syphilis, von G. Hügel 272
*Das Vioform in der Dermatologie, von Julius Hochstätter 282
Über einige Modifikationen der Färbungsmethode des Treponema pallidum mit ammoniakalem Silbernitrat, von Artur Fontana 301
*Über die Behandlung des Trippers und ihre häufigsten Fehler, von Franz v. Veress 302
Sulfidal, ein modernes Schwefelpräparat zur Behandlung der Krätze, von H. Winkler 333
Die toxische Lehre in der Pathogenese des Verbrennungstodes, von Guido Ferrarini 335. 360
Hypothyreoidismus (Form. fruste des Myxödems), von Alfred Saenger 357
Zur Behandlung von Hautkrankheiten in Kurorten, von Oskar Goldstein 368
Zur Kenntnis der kongenitalen Kutisdefekte, von Richard Weintraub 389
Konzentrierte intravenöse Salvarsaninjektionen, von Artur Strauß 400. 512

Digitized by Google

Seite
Der Lebenszyklus des Mikroorganismus der Syphilis (Leukocytozoon syphilidis), von J. E. R. McDonagh 413
Ein Fall von Hidradenoma eruptivum Darier und Jacquet (Syringozystadenom), von Menahem Hodara 421
Über erfolgreiche Behandlung des Hidrocystoma tuberosum multiplex, von Max Joseph und Conrad Siebert 425
Zwei Fälle von Cornua cutanea in systematisierten Naevi sebacei, von Anton Bergmann 427
Die Einwirkung wiederholter Salvarsan- und Neosalvarsaninjektionen auf das Blut, von Karl Hedén 445. 474
Skabies bei Epidermolysis bullosa hereditaria, von A. Wagner 453
Die Beziehungen der Unnaschen Parakeratosis variegata zur Pityriasis lichenoides, von E. Klausner 469
Zur Klinik und Histologie des Lichen variegatus, R. Crocker (Parapsoriasis lichenoides, Brocq), von D. D. Lewtschenkow 501. 528
Das Ende der Parasyphilis, von S. Pollitzer 525
Studien zur Frage der Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion mit besonderer Berücksichtigung der sog. „paradoxen Sera", von Fr. Graotz . . . 557. 584. 616
Ein Todesfall durch Salvarsan, von Arthur Jordan 567
Die Anwendbarkeit der Mastixlösung in der Dermatotherapie, von F. Hammer . . 581
Das Lipojodin bei Syphilis, von Alfred Roth 613
Praktische Bemerkungen zur Diagnose der pellagrösen Hautveränderungen, von Guido v. Probizer 637
Beitrag zur Kenntnis der Alopecia neurotica, von Hans Rock 661
Ein Fall von Syphilis der Prostata? von Max Hesse 685
Zur Behandlung gonorrhoischer Komplikationen, speziell der Epididymitis gonorrhoica, mit Elektrargol, von Julius Fürth 689

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft 86. 167. 318. 429
VII. Brasilianischer Kongreß für Medizin und Chirurgie. Dermatologie und Syphiligraphie 402
Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 169. 321. 432. 671
Societa lombarda di Scienze Mediche e Biologiche 344
Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft 373
Dermatologische Gesellschaft in Odessa 569
Royal Society of Medicine, Dermatological Section 145. 236. 374. 673
„ „ „ „ Pathological Section 406
Russische syphilidologische und dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg 29. 198. 595
Gesellschaft der Ärzte des Kantons Zürich 538

Fachzeitschriften.

Actas dermo-sifiliograficas 114. 694
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 31. 325. 431. 670
Annales de Maladies vénériennes 117. 239. 519. 603
Archiv für Dermatologie und Syphilis 111. 231. 403. 513. 598
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 169. 321. 432. 671
Clinica dermosifilopatica della Re. Universita di Roma 113. 407
Dermatologie 378. 460. 571
Folia Urologica 116. 238. 409. 518
Giornale Italiano delle Malattie Veneree et della Pelle 112. 284. 513
American Journal of Dermatology and Genito-Urinary-Diseases 59. 147
The British Journal of Dermatology 89. 199. 235. 457. 539. 694
The Journal of cutaneous diseases including Syphilis 90. 199. 376. 458. 539
Journal d'Urologie médicale et chirurgicale 36. 174. 345. 436. 674
Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 148. 486

Digitized by Google

Seite

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section 145. 236. 374. 673
" " " " " " " Pathological Section 406
Revista Dermatologica Argentina 177
Revista española de Dermatologia y sifiliografia 57. 177. 408. 696
Revue clinique d'Urologie 39. 58. 348. 676
Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires 176. 349. 676
Sexualprobleme 410. 520
Dermatologische Zeitschrift 30. 231. 320. 456. 597
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 36. 60. 148. 486
Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie 115. 409. 518. 602
Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Syphilidologie 33. 483. 541
Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten 59. 201. 461
Zeitschrift für Urologie 258. 345. 485. 673
Dermatologisches Zentralblatt 112. 234. 405. 513

Personalien: 40. 96. 128. 180. 268. 300. 332. 356. 388. 444. 500. 524. 556. 580. 612. 656. 684. 716.

Digitized by Google

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. Januar 1913 | Nr. 1 | Band 56

Zur Chemie der Haut.

X.

Über Granoplasma und eine allgemeine Methode zur mikrochemischen Erforschung eiweißartiger Zellbestandteile.

Von

P. G. Unna und L. Golodetz.

Granoplasma ist ein in den meisten Zellen, besonders den voluminöseren, mehr oder minder reichlich vorhandener, saurer Eiweißkörper, welcher es möglich macht, daß wir den Zelleib intensiv mit basischen Farben färben können. Er findet sich in der Haut stets in den unverhornten Deckepitelien, den Stachelzellen des Haarbalgs und in den Keimzellen der Knäuel- und Talgdrüsen; je intensiver sich diese Zellen mit Methylenblau und Pyronin färben, um so mehr Granoplasma enthalten sie. In den Spindelzellen des Bindegewebes ist er normalerweise nur in sehr geringer Menge, oft gar nicht nachweisbar, vermehrt sich aber bei allen entzündlichen und hypertrophischen Prozessen in hohem Maße. Dadurch schwellen die kleinen Spindelzellen zu kugligen Gebilden, Plasmazellen, an; die großen Spindelzellen (Fibroblasten) der mehr fibrösen Hypertrophien nehmen bei ihrer oft kolossalen Anschwellung durch Aufspeicherung des Granoplasmas keine rundliche Gestalt an, spalten aber kuglige oder kubische Plasmazellen aus ihrem Leibe ab oder zerfallen ganz in eine Reihe solcher.

In diesem Artikel wollen wir nun die chemische Natur dieses Körpers von so großem anatomischem, physiologischem und histopathologischem Interesse näher erforschen. Wir erinnern daran, daß es uns schon einmal, nämlich bei der Untersuchung der Hornzelle, geglückt ist, die so notwendige Brücke zwischen Makro- und Mikrochemie eines Zellenbestandteiles zu schlagen [1]). Wir benutzten eine für den Inhalt der beiden in der Hornzelle vorhandenen Eiweißkörper (Keratin B und Hornalbumosen) spezifische Färbemethode, die Methode von Rausch, welche Keratin B

[1]) Unna und Golodetz, Zur Chemie der Haut IV. Über Eisenreaktionen der Hautelemente und über chemische Differenzen unter den Hornzellen. Mon. f. pr. Derm., 1909, Bd. 49, S. 95.

Digitized by Google

rot, die Hornalbumosen blau darstellt. Diese beiden makrochemisch aus der Hornschicht rein dargestellten Eiweißkörper wurden in getrocknetem und gepulvertem Zustande in Zelloidin eingebettet und die angefertigten Schnitte ergaben, nach RAUSCH gefärbt, genau denselben scharfen Farbenunterschied wie die Schnitte durch die Hornzelle selbst. Nachdem so die Brücke von der Makrochemie zur Mikrochemie der Hornzelle einmal durch eine geeignete Färbungsmethode hergestellt war, ist es jetzt ein Leichtes, bei Anwendung derselben Methode auf Schnitte durch irgendwelche Hornsubstanz die chemische Natur jedes gefärbten Punktes unter dem Mikroskop sofort zu bestimmen.

Wir haben nun für die Zwecke der Eiweißchemie der Haut diese Methode weiter ausgearbeitet und uns selbstverständlich zunächst dem mit prachtvollen tinktoriellen Eigenschaften begabten Granoplasma zugewandt, um sie hier zuerst zu erproben. Voraussetzung war auch hier eine scharf differenzierende Färbemethode. In jeder Epithel- und Bindegewebszelle treten uns der Hauptsache nach drei verschiedene saure Eiweißkörper entgegen: Granoplasma, basophiles Kernchromatin und basophiles Nukleolin und es ist selbstverständlich, daß uns hier eine Färbemethode nichts nützen kann, wie z. B. die einfache Methylenblau- oder Pyroninfärbung, welche diese drei Substanzen im selben Farbenton wiedergibt. Wir bedürften eigentlich einer dreifachen Färbung, welche diese ineinander geschachtelten Substanzen scharf voneinander unterscheiden läßt; eine solche besitzen wir z. Z. noch nicht. Glücklicherweise aber besitzen wir in der wichtigen Karbol + Methylgrün + Pyronin-Färbung bereits eine vollkommen ausreichende Methode, welche alle drei Substanzen wenigstens für gewöhnlich durch ihre Färbung bestimmen läßt, da zwischen das pyroninrote Granoplasma und das ebenfalls pyroninrote Nukleolin sich das methylgrüne Chromatin einschiebt und beide auseinanderhält. Ein roter Punkt innerhalb des methylgrünen oder -blauen Kerns bedeutet natürlich stets Nukleolin und nicht Granoplasma. Hier kommt uns die scharfe lokale Trennung von Nukleolin und Granoplasma sehr zu statten und erlaubt die Anwendung der genannten Zweifarbenmethode [1]).

Können wir die zu untersuchende Substanz (hier: Granoplasma = G) auf diese Weise tinktoriell im Schnitte erkennen und sicher von anderen Zellbestandteilen unterscheiden, so sind wir auch imstande, in einer zweiten Versuchsserie ihr isoliertes Verschwinden im Schnitt zu konstatieren, falls es uns gelingt, Lösungsmittel für G ausfindig zu

[1]) Dieser Satz erleidet natürlich eine Ausnahme für die chemische Untersuchung des speziellen Falles, daß das Kernkörperchen aus dem Kern und in den Zelleib ausgestoßen wird, wie bei manchen Dermatosen (Pigmentierung, Nävus).

Digitized by Google

machen, welche Chromatin und Nukleolin nicht gleichzeitig lösen. Bei der großen Verschiedenheit der tinktoriell so scharf sich unterscheidenden drei Eiweiße muß das möglich sein, falls man nur die Lösungsversuche nach allen Richtungen weit genug ausdehnt. Gelingt dieses, so ist der zweite Teil des Verfahrens erledigt.

Wir gehen nun daran, aus geeignetem tierischen Material mit dem so mikroskopisch herausgefundenen spezifischen Lösungsmittel nur das G dem Gewebe zu entziehen und zwar in genügender Menge für makrochemische Untersuchungen. Ob dieser dritte Teil, der zur Kontrolle der ersten beiden dient, gelungen ist, ergibt sich aus der vielfach nach Konzentration, Temperatur etc. des Lösungsmittels variierten histologischen Untersuchung des extrahierten Gewebes. Letzteres muß die normalen Verhältnisse darbieten mit dem einzigen Unterschiede, daß überall G fehlt. Die Natur des so gewonnenen Eiweißes kann dann makrochemisch genau bestimmt werden.

Hier könnte man das Verfahren abschließen, da man die Natur von G erkannt hat. Wir haben uns aber damit nicht begnügt, sondern haben versucht, die makrochemisch gewonnene, isolierte Substanz durch Einbettung in Zelloidin wieder unter mikrochemische Verhältnisse zurückzubringen — wie oben im Falle der Hornzelle — und zu prüfen, ob dann auch in den Zelloidinschnitten genau wieder das erste Bild erscheint, sowohl in Beziehung auf die spezifische Färbung von G wie in bezug auf die spezifischen Löslichkeitsverhältnisse desselben. Für die Färbung ist es gleichgültig, ob das gewonnene Eiweiß durch das Extraktionsverfahren inzwischen denaturiert ist, die Tingibilität bleibt nach unserer Erfahrung dieselbe. Man kann mithin ruhig die Substanz trocknen, pulvern und nach dem Zelloidinverfahren in Schnitte verwandeln. Für die Lösungsverhältnisse ist das anders. Hier muß man versuchen, die nicht denaturierte Eiweißlösung direkt in kapillare Hohlräume organischer Körper (z. B. von Hollundermark) aufzusaugen. Diese Gewebsmodelle müssen dann, denselben Lösungsmitteln ausgesetzt, wieder die gleichen Resultate in bezug auf das Verschwinden von G ergeben, wie die ursprünglichen Schnitte.

Wenn auch dieser vierte Teil des Verfahrens gelingt und eindeutige Resultate ergibt, so ist der Zirkel geschlossen und die chemische Natur des Zellbestandteils einwandsfrei festgestellt.

Dieses ist unsere allgemeine Methode zur mikrochemischen Erforschung von eiweißartigen Zellbestandteilen.

Im vorliegenden Falle war die spezifische Färbungsmethode bereits gegeben; das Granoplasma besitzt überall im Gewebe den Index des Pyroninrots und es handelt sich darum, nun auch eine spezifische Lö-

Digitized by Google

sungsmethode zu finden, welche G und nur dieses allein dem Zellbilde entzieht.

Über die Löslichkeit des Granoplasmas wußte man bisher einiges, aber nicht viel; es lief auf die zwei Tatsachen hinaus, daß Wasser und gewisse Salzlösungen es wenigstens teilweise in Lösung bringen konnten. Die Wasserempfindlichkeit des Granoplasmas hatte sich darin dokumentiert, daß nur die einfache Fixation der Gewebe in absolutem Alkohol, nicht eine solche mit vorheriger Passage verdünnten Alkohols eine gute Darstellung des Granoplasmas garantierte. Die Löslichkeit in verdünnten Kochsalzlösungen war bereits ausführlich von einem von uns studiert[1]) und durch Chromotafeln illustriert[2]). Wir wissen durch diese Untersuchungen, daß die mannigfaltigen Bilder des Abbaus des Granoplasma, die Bilder der Granolyse, auf einer Auslaugung mit kochsalzhaltiger Lymphe beruhen und daß dieser Transport von Zellteilen von uns mittels Behandlung der Schnitte mit geeigneten Neutralsalzlösungen oder Serum in jeder Phase täuschend nachgeahmt werden kann. Sehr wichtig war auch die dabei gemachte Wahrnehmung, daß die Behandlung des Gewebes mit Alkohol dieses so wenig denaturiert, daß alle diese Lösungsversuche an Alkohol-Zelloidin-Schnitten ebensogut angestellt werden können wie an Gefrierschnitten. Dieser günstige Umstand erleichtert natürlich die Herstellung, Färbung und Beobachtung der Schnitte ungemein.

Als Material dienten vier sehr verschiedene Zellenarten, die aber alle sehr reich an Granoplasma sind: 1. das gewucherte Epithel und die Haarbälge eines ausgedehnten trichophytischen Granuloms; 2. die sehr zahlreichen Plasmazellen desselben Gewebes; 3. die granoplasmareichen Leberzellen vom Kalb und Schwein und 4. die sog. Nissl-Körper der Ganglien von der Hirnrinde des Kaninchens, die bekanntlich das Granoplasma der Ganglien darstellen. Um später Wiederholungen zu vermeiden, mag hier gleich bemerkt werden, daß diese so sehr verschiedenen Anhäufungen von Granoplasma sich den zahlreichen und äußerst differenten Lösungsmitteln gegenüber vollkommen gleich verhielten, allerdings mit einigen quantitativen, aber nicht erheblichen Differenzen. Im allgemeinen ließ sich nämlich das Granoplasma der Deckepithelien und Leberzellen etwas leichter ausziehen als das der Ganglien und dieses wieder leichter als das der Plasmazellen. Hiervon wurden aber die großen und gesetzmäßigen Unterschiede der Löslichkeit des Granoplasmas in den verschie-

[1]) Unna, Über den spontanen und künstlichen Transport von Zellsubstanzen und über Kochsalz als mikrochemisches Reagens. Mon. prakt. Derm., (1901), 33, 342.

[2]) Unna, Histolog. Atlas 6/7: Plasmazellen. Leop. Voß, Hamburg und Leipzig, 1903.

Digitized by Google

denen Lösungsmitteln, zu denen wir uns jetzt wenden, in keiner Weise berührt.

Die in sehr großer Anzahl hergestellten Alkohol-Zelloidin-Schnitte der genannten, in absolutem Alkohol fixierten Gewebe wurden serienweise in Reagiergläsern mit den Lösungen der verschiedenen Chemikalien von verschiedener Konzentration zusammengebracht und ihrer Einwirkung bis zu 12 Stunden überlassen. Nach Abspülung in destilliertem Wasser wurde dann der etwaige Schwund von G mittelst der Karbol + Methylgrün + Pyronin-Färbung kontrolliert und die gleichzeitigen Einwirkungen auf Chromatin und Nukleolin notiert. Da die Kernfärbung bei dieser Methode eine relativ schwache ist, wurde bei jedem Versuch ein weiterer, ebenso extrahierter Schnitt mit der polychromen Methylenblaulösung gefärbt.

Während bei den genannten früheren Lösungsversuchen die Natur des extrahierten Granoplasmas noch völlig unklar war[1]), schien es uns im Anfang dieser neuen Versuchsreihen wahrscheinlich, daß wir es mit einem globulinartigen, echten Eiweißkörper zu tun hatten, da die Löslichkeit in (kaltem) Wasser nur mäßig war, aber schon durch kleine Salzmengen in der Lösung ganz erheblich wuchs. Mußte es aber im Fortgang der Versuche schon stutzig machen, daß destilliertes Wasser bei Körpertemperatur in einer Nacht ebenfalls zur völligen Lösung des Granoplasmas führte, so wurde die Globulinhypothese ganz unhaltbar, als wir sahen, daß ein einfaches Aufkochen der Schnitte in Wasser rasch zu einer völligen Lösung, nicht, wie wir erwartet, zur Gerinnung und Erhaltung des Granoplasmas führte. Es konnte sich hiernach überhaupt nicht um einen nativen Eiweißkörper, sondern nur noch um einen partiell abgebauten, also um ein Pepton oder eine Albumose handeln.

In der Tat sprachen außer der Wasserlöslichkeit bei jeder Temperatur noch einige andere Eigenschaften für eine Ähnlichkeit des Granoplasmas der Schnitte mit Peptonen, so seine Unlöslichkeit in Phosphorwolframsäure + HCl, Phosphormolybdänsäure + HCl und besonders in den für Peptone spezifischen Fällungsmitteln, so in gesättigter Kochsalzlösung + Tannin (Kossel), gesättigter Ammonsulfatlösung + Jodjodkalium + HCl (Pick) und gesättigter Ammonsulfatlösung + Ferriammonsulfat (Siegfried).

Gegen die Annahme von Peptonen sprachen aber viel mehr Tatsachen. Granoplasma ist nämlich auch unlöslich in starkem Alkohol

[1]) Der damaligen Anschauung über Zelleiweiße folgend, nach der diese reich an Nukleoalbuminen sein sollten, wurde das Granoplasma als wahrscheinlich zu den Paranukleoproteiden gehörig bezeichnet, da wenigstens die tinktorielle Grundverschiedenheit vom Chromatin die Zugehörigkeit zu den echten Nukleoproteiden ausschloß.

Digitized by Google

und in hochprozentuierten Neutralsalzlösungen, in Neutralsalzlösungen mit Zusatz von Essigsäure, in Ferrozyankalium- und Ferriazetatlösung + Essigsäure, in gesättigter Lösung von Ammonsulfat und Zinksulfat, in Jodkaliumjodquecksilberlösung + HCl, in Phosphorsäure unterhalb 5 %, in Trichloressigsäure, Pikrinsäure und Gerbsäure[1]). In allen diesen Medien sind aber Peptone löslich. Andrerseits wird Granoplasma durch Salpetersäure[2]) und Sublimatlösung gelöst, während Peptone durch diese Mittel gefällt werden.

Es geht aus diesen Tatsachen hervor, daß das Granoplasma trotz seiner leichten Löslichkeit in heißem Wasser kein Pepton sein kann. Ganz anders steht es mit den Albumosen. Diese sind in kaltem und kochendem Wasser löslich, ebenso in schwachen Neutralsalzlösungen, dagegen unlöslich in starkem Alkohol — wie das Granoplasma. Die Albumosen sind weiter unlöslich in Phosphorsäure (unter 5 %), in Phosphorwolframsäure + HCl, Phosphormolybdänsäure + HCl, Gerbsäure, Pikrinsäure, Trichloressigsäure, in Salpetersäure (im Überschuß)[3]), in allen gesättigten Neutralsalzlösungen, in Bromwasser, vor allem aber in gesättigter Ammon- und Zinksulfatlösung und in Jodkaliumjodquecksilberlösung + HCl. In allen diesen Lösungen bleibt Granoplasma ungelöst erhalten. Und auch die spezifische Eigenschaft der Albumosen in konzentrierter Kochsalzlösung + Essigsäure und Ferrozyankaliumlösung + Essigsäure in der Kälte gefällt, in der Hitze gelöst zu werden, teilt das Granoplasma, da es von diesen Lösungen nicht in der Kälte, wohl aber in der Hitze gelöst wird.

Während alle diese Reaktionen dem Granoplasma und den Albumosen im allgemeinen gemeinsam sind, kennen wir — und dieses ist ausschlaggebend — keine einzige Eigenschaft des Granoplasmas, die sich nicht auch bei der einen oder anderen Albumose wiederfindet. Haben die eben genannten Lösungsverhältnisse allgemeinen Charakters mithin bewiesen, daß es sich beim Granoplasma um eine Albumose handelt, so müssen wir jetzt versuchen, mit Hilfe der spezielleren Reaktionen der einzelnen Albumosen diejenige engere Klasse derselben herauszufinden, welcher das Granoplasma angehört.

Die Kühnesche Heteroalbumose steht bekanntlich durch ihre relativ große Unlöslichkeit und leichte Löslichkeit in Salzlösungen den Globu-

---

[1]) Peptone sind in Gerbsäure nur im Überschuß löslich; da aber unseren Schnitten gegenüber sich die Lösungsmittel stets im Überschuß befinden, so sind die makroskopischen Wiederauflösungen nach vorheriger Fällung tatsächlich den Auflösungen des Granoplasmas innerhalb der Schnitte gleichzustellen.

[2]) Mit Ausnahme äußerst schwacher Lösungen (1—2 ‰).

[3]) Vgl. oben die Anmerkung 1.

Digitized by Google

linen nahe. Mit dem Granoplasma hat sie viele Eigenschaften gemeinsam, die Löslichkeit in schwachen Neutralsalzlösungen, in ammoniakalischer Bleiessiglösung, in den heißen Lösungen von Kochsalz + Essigsäure und Ferrozyankalium + Essigsäure; ferner die Unlöslichkeit in starken Neutralsalzlösungen, in halb und ganz gesättigter Ammonsulfat- und Zinksulfatlösung, in den kalten Lösungen von konzentriertem Kochsalz + Essigsäure und Ferrozyankalium + Essigsäure, in Phosphorwolframsäure + HCl, Phosphormolybdänsäure + HCl, Pikrinsäure, Gerbsäure, Jodjodkalium- und Jodkaliumjodquecksilberlösung.

Andererseits unterscheidet die Heteroalbumose sich wiederum vom Granoplasma in vielen und darunter wesentlichen Punkten. Vor allem ist sie unlöslich in Wasser, Sublimat- und Bleiazetatlösungen, in Salpetersäure (über 1%) und 2% igen Kupfersulfat- und Kupferazetatlösungen, während in allen diesen Lösungen Granoplasma aufgelöst wird. Diese Tatsachen allein würden Heteroalbumose bereits ausschließen. Dazu kommt aber noch, daß Heteroalbumose in Essigsäure und stark verdünnter HCl und H_2SO_4, in kochender Gerbsäure und Pikrinsäure und in Platinchloridlösung löslich ist, während Granoplasma in diesen Flüssigkeiten erhalten bleibt. Eine Heteroalbumose kann mithin Granoplasma nicht sein.

Noch ungünstiger liegt die Sache bei der Protalbumose, die zusammen mit der Heteroalbumose die Gruppe der primären Albumosen bildet, jener Gruppe von Substanzen, welche zuerst bei der Verdauung von Eiweiß auftritt. Hier beschränken sich die Analogien mit dem Granoplasma darauf, daß beide in kaltem und heißem Wasser, in verdünnten Neutralsalzlösungen und in heißer Lösung von Kochsalz + Essigsäure löslich, in kalter unlöslich sind und auch in halbgesättigter Ammon- resp. Zinksulfatlösung und Phosphorwolfram- resp. Phosphormolybdänsäure + HCl nicht gelöst werden.

Dagegen ist Protalbumose löslich, Granoplasma unlöslich in Alkohol von 80%, in Essigsäure und stark verdünnter HCl, H_2SO_4, HNO_3, in Lösungen von Ferrozyankalium + Essigsäure, in Pikrinsäure, Gerbsäure, Trichloressigsäure (im Überschuß) in kalter und heißer Lösung von JKJ und $JKHgJ_2$ und in konzentrierten Neutralsalzlösungen. Andererseits ist Protalbumose unlöslich, Granoplasma löslich in nicht stark verdünnter HNO_3, in Lösungen von Sublimat, Bleiazetat, 2% Kupferazetat und Kupfersulfat.

Es geht hieraus zur Genüge hervor, daß Granoplasma keine Protalbumose und daher überhaupt keine der beiden genannten primären Albumosen sein kann. Wenden wir uns daher den sekundären Albumosen, den Deuteroalbumosen zu. Hier finden wir sogleich sehr viel mehr Anklänge an das Granoplasma.

Digitized by Google

So sind beide löslich in kaltem und kochendem Wasser, in verdünntem Alkohol und verdünnten Neutralsalzlösungen, in HNO_3 und 2% Kupfersulfat- und Kupferazetatlösungen, unlöslich dagegen in konzentrierten Neutralsalzlösungen, in gesättigter Ammonsulfat- und Zinksulfatlösung, in konzentrierter Kochsalzlösung + HNO_3, in konzentrierter Pikrinsäure, Phosphorwolframsäure (Phosphormolybdänsäure) + HCl.

Aber es gibt auch bedeutsame Differenzen zwischen beiden, welche alle in der Richtung liegen, daß Granoplasma in bestimmten Beziehungen unlöslicher ist als es die Deuteroalbumosen im allgemeinen sind; so ist Granoplasma unlöslich in $^1/_2$ und $^2/_3$ gesättigter Ammonsulfatlösung, in verdünnter Pikrinsäure, in Essigsäure und in ganz verdünnten (1—2‰) organischen und Mineralsäuren.

Trotzdem läßt sich eine enge Verwandtschaft des Granoplasmas mit den Deuteroalbumosen nicht leugnen, wie beispielsweise die Löslichkeit beider in HNO_3 und den 2%igen Kupfersalzlösungen zeigt.

Die Verschiedenheiten beider aber weisen auf einen anderen Körper hin, welchen Kühne[1]) im Tuberkulin und im Albumosengemisch des Witte-Peptons gefunden und Akroalbumose genannt hat. Diese ist nämlich, wie schon R. Koch zeigen konnte, in Essigsäure unlöslich. Kühne zeigte dann, daß sie auch in sehr verdünnten organischen und Mineralsäuren, mit Ausnahme von Borsäure, unlöslich ist. Ähnlich der Heteroalbumose, mit der zusammen sie gefunden wurde, ist sie in schwachen Salzlösungen, aber nicht in salzfreiem Wasser löslich. Dieser Abart der Heteroalbumose nähert sich das Granoplasma durch eine auffällige Resistenz gegen Essigsäure und sehr verdünnte Mineralsäuren, unterscheidet sich aber wieder von ihr durch seine viel größere Löslichkeit in Wasser, verdünntem Alkohol, 2%iger Kupfersalzlösung und starker Salpetersäure.

Das Granoplasma verbindet mithin die allgemeinen Eigenschaften der Deuteroalbumosen mit gewissen speziellen Eigenschaften der (primären) Akroalbumose. Es liegt daher nahe, daran zu denken, daß es eine aus Akroalbumose hervorgegangene Deuteroalbumose ist.

Nachdem wir so per exclusionem die Richtung im allgemeinen gefunden haben, in welcher sich das Granoplasma den Albumosen einzuordnen hat, wollen wir versuchen, die Besonderheiten des Granoplasmas anderen Deuteroalbumosen gegenüber zu charakterisieren, um seinen Platz etwas näher zu bestimmen. Die bisherige Erfahrung hat nämlich gelehrt, daß die Albumosen jedweder Provenienz ein wenig voneinander

---

[1]) W. Kühne, Erfahrungen über Albumosen und Peptone. Ztschr. f. Biologie, 1892. Neue Folge, Bd. 11, S. 24 und 1894. Neue Folge, Bd. 12, S. 221.

Digitized by Google

verschieden sind, so daß man je nach der Herkunft: Globulinosen, Gelatosen, Myosinosen, Fibrinosen usf. unterscheiden muß. Es ist daher gar nicht zu erwarten, daß die aus den Zellen ausgezogene Deuteroalbumose, unsere Zytose, genau dieselben Eigenschaften zeigen wird wie beispielsweise die am meisten bearbeitete Fibrinose des Witte-Peptons.

Zu den das Granoplasma als Zytose speziell charakterisierenden Besonderheiten gehört in erster Linie seine Unlöslichkeit in Essigsäure. Granoplasmareiche Schnitte, welche in 1 % iger, 10 % iger und 100 % iger Essigsäure einige Stunden bei Zimmertemperatur gelegen haben, weisen sämtlich ein unverändertes Granoplasma auf[1]), wenn auch beim Verweilen in reinem Eisessig das ganze Gewebe stark quillt. Beim Erwärmen auf 100° wird alles Granoplasma in 10- und 50 % igem Eisessig gelöst, bleibt aber in 1 % iger Lösung auch beim Kochen erhalten.

Metaphosphorsäure löst in der Kälte von 1 bis gegen 5 % Granoplasma nicht; stärkere Lösungen dagegen lösen etwas, eine 10 % ige vollständig. Beim Erhitzen auf 100° löst schon eine 1 % ige etwas.

Salpetersäure, welche in den gewöhnlichen Verdünnungen Granoplasma wie andere Deuteroalbumosen löst, besitzt dieses Lösungsvermögen bei 1 ‰ in der Kälte noch nicht, wohl aber, wenn auch unvollkommen, beim Kochen.

Ebenso verhalten sich sehr verdünnte Lösungen von HCl und H_2SO_4 Granoplasma erhaltend, während stärkere Konzentrationen lösen.

Zweiprozentige Ferrozyankaliumlösung, welche als schwache Neutralsalzlösung allein Granoplasma löst, verliert dieses Lösungsvermögen bei Zusatz von wenig Essigsäure. Die Mischung wirkt aber wieder lösend in der Wärme (50°) und beim Kochen.

Ebenso verhält sich eine 1 % ige NaCl-Lösung, die allein für sich Granoplasma löst, mit Zusatz von Essigsäure oder Salpetersäure es erhält, jedoch beim Erwärmen der Mischung wieder löst.

Borsäure dagegen verhält sich umgekehrt gegen Granoplasma wie die Mineralsäuren. Sie löst es von 1 ‰ bis 2 %; eine 4 % ige Lösung von Borsäure aber erhält das Granoplasma in der Kälte, löst es freilich auch beim Kochen.

Die Löslichkeit des Granoplasmas in destilliertem Wasser steigt rasch mit der Erwärmung; während Wasser bei Zimmertemperatur dasselbe nur langsam angreift, löst es im Brutofen bei 37° in einer Nacht das Granoplasma vollkommen.

Der Alkohol löst bei 20 % und 30 % alles Granoplasma, bei 40 %

[1]) Auch Chromatin, Nukleolin und Mastzellen sind wohlerhalten.

Digitized by Google

die schwächeren Anhäufungen in der Stachelschicht und den Leberzellen, während die dichteren Anhäufungen in den Ganglien und Plasmazellen schon ziemlich erhalten bleiben. 60 %iger Alkohol löst die schwächeren Depots noch etwas, während die Ganglien und Plasmazellen schon ein normales Aussehen haben. 70 %iger Alkohol erhält auch das meiste Protoplasma in Stachelschicht und Leberzellen, 80 %iger Alkohol alles. Von 90 % an bis zum absoluten Alkohol wird sämtliches Granoplasma, selbst in den feinsten, freiliegenden Bröckeln, tadellos erhalten und bemerkenswerterweise auch beim Kochen der Schnitte.

Vergleichen wir hiermit die Tabelle der Albumosen (nach Pick und Hofmeister) in Cohnheims „Chemie der Eiweißkörper" (3. Aufl., 1911, S. 105) über ihre Löslichkeit in verdünntem Alkohol, so sieht man, daß

Heteroalbumose:	unlöslich in 32 % Alkohol
Protoalbumose:	löslich in 80 % Alkohol
Thiodeutero-A-Albumose:	unlöslich in 60—70 % Alkohol
Deutero-A-Albumose:	löslich in 70 % Alkohol
Deutero-B I-Albumose:	unlöslich in 35 % Alkohol
Glykodeutero-B II-Albumose:	unlöslich in 60—70 % Alkohol
Deutero-B III α-Albumose:	löslich in 80 % Alkohol
Deutero-B III β-Albumose:	löslich in 80 % Alkohol
Deutero-C-Albumose:	löslich in 67—80 % Alkohol

nur die Löslichkeit der Thiodeuteroalbumose A und die der Glykodeuteroalbumose B II ziemlich gut in verdünntem Alkohol mit der des Granoplasmas übereinstimmen. Doch liegt die Grenze seiner vollkommenen Erhaltung etwas höher, etwa bei 80 %. Die Dauer der Alkoholeinwirkung kommt dabei nicht in Betracht; ob es 8 Stunden (eine Nacht) oder 32 sind, macht keinen Unterschied.

In bezug auf die Neutralsalze endlich verhält sich Kochsalz und Ammonsulfat etwas verschieden und beide wirken sehr verschieden in der Kälte und in der Wärme (37°), wie die folgende Tabelle zeigt[1]).

	Kalt		Warm	
	Kochsalz	Ammonsulfat	Kochsalz	Ammonsulfat
1 %	+	0	0	0
2 %	+	+	0	0
5 %	++	++	+	0
10 %	+++	+++	++	+
20 %	+++	+++	+++	++
Gesättigt	+++	+++	+++	+++

Kochsalz erhält das Granoplasma im allgemeinen besser als Ammonsulfat und von 10 % an schon vollkommen, Ammonsulfat erst von 20 % an. In der Wärme löst 2 % Kochsalz, 5 % Ammonsulfat noch voll-

[1]) In derselben bedeutet 0 gelöst, + erhalten, ++ gut, +++ sehr gut erhalten.

Digitized by Google

kommen; darüber hinaus erhalten sie Granoplasma auch in der Brutwärme (37°). Ein Zusatz von 1% Eisessig verbessert die Erhaltung des Granoplasmas überall, besonders bei Kochsalz als Lösungsmittel.

Zu den charakteristischen Eigenschaften der Eiweißkörper gehören nun noch außer den Lösungsverhältnissen 1. die Reaktion im gewöhnlichen Sinne (sauer — basisch) und 2. die bekannten Farbenreaktionen (Biuret, Millon, Xanthoprotein, Molisch, Schwefelblei).

Die saure Reaktion der Aminosäuren im allgemeinen wird durch Hinzutreten weiterer basischer Aminogruppen (NH_2) in verschiedenem Grade abgeschwächt. Rein basisch im chemischen Sinne sind nur die an Aminogruppen reichen, die Spaltungsprodukte Arginin, Lysin, Histidin vorwiegend enthaltenden, stark basischen Eiweißkörper, die Protamine und Histone, deren Kenntnis wir hauptsächlich KOSSEL verdanken. Dieselben finden sich mit den an sauren Monaminosäuren reichen Globulinen, Albuminen usw. vereint in den komplizierten Proteiden der Gewebe, so daß auch unter diesen letzteren weniger saure und mehr saure unterschieden werden können. Für die bekannten chemischen Reagentien allerdings reagieren alle Gewebe nur mehr oder minder sauer; die feinere Reaktion der Farben, besonders der Anilinfarben bekannter Struktur, läßt uns aber durch die Affinität einiger unter ihnen zu den sauren, andrer zu den basischen Spaltungsprodukten das Vorwalten einer von diesen beiden Gruppen in den einzelnen Geweben erkennen. Dabei ist die Farbbase oder die Farbsäure (z. B. die Methylenblaubase, die Eosinsäure) während der Färbung so wenig frei wie die Monaminosäuren des Gewebes, die zur Methylenblaubase, oder die Diaminosäuren die zur Eosinsäure Verwandtschaft haben. Beide Körper, das Farbsalz und das gemischte Proteid, verbinden sich vielmehr gewöhnlich als Ganze nach der Weise der Doppelsalze zu dem gefärbten Gewebe. Nach dem Vorschlage von EHRLICH ist es seit langem üblich, die Farbsalze mit Farbbase einfach „basisch", die mit Farbsäure ausgestatteten: „sauer" zu nennen und wir nennen „basophil" die Körper, welche zur Farbbase, „oxyphil", die zur Farbsäure Verwandtschaft haben. In der Eiweißchemie ersetzen diese feineren Bestimmungen der Basophilie und Oxyphilie die hier nicht mehr anwendbaren der „sauren" und „basischen" Reaktion in völlig ausreichender Weise. Wir erfahren durch sie beispielsweise, daß die Mastzellengranula zu den stark basophilen, an Monoaminosäuren reichen Proteiden gehören, das Kollagen dagegen zu den azidophilen Gewebselementen mit Vorwalten von Histonen.

Unter den primären Albumosen besteht nun ein erheblicher Unterschied in bezug auf ihren Amingehalt; Protoalbumose, die wasserlösliche, enthält 25% basischen Stickstoff, Heteroalbumose, die in Wasser unlös-

Digitized by Google

liche, 39%. Erstere ist die mehr saure, letztere die weniger saure Albumose. Die Deuteroalbumosen dagegen sind durchweg sauer; ebenso die Akroalbumose Kühnes, welche schon durch schwache Mineralsäuren, Kohlensäure und Essigsäure gefällt wird. Wir haben mithin im Granoplasma auch eine „mehr saure" Albumose zu erwarten und finden dasselbe denn in der Tat stark basophil und nur basophil, d. h., es färbt sich stark mit basischen Farben (Methylenblau, Azur, Pyronin) und gar nicht mit sauren Farben[1]).

Die Farbenreaktionen des Eiweißes lassen sich mit Ausnahme der Millonschen, der Xanthoproteinreaktion und der Schwefelbleireaktion bisher nicht mit Schnitten vornehmen. Die genannten Reaktionen gelingen allerdings auch an Gewebsschnitten, geben aber nur dort besondere Aufschlüsse, wo ein Gewebsbestandteil an der reagierenden Atomgruppe reicher ist als seine Umgebung; so gibt die verhornte Oberhaut eine rote, die noch unverhornte eine gelbe Farbe mit Millons Reagens. Enthalten die Gewebselemente die reagierende Gruppe alle in ziemlich gleicher Menge, so kann man dagegen höchstens konstatieren, daß sie an den betreffenden Orten des Gewebes positiv ist. So ist an den Orten des Granoplasmas Millons Reaktion und die Xanthoproteinreaktion positiv wie im ganzen sonstigen Schnitte; hieraus läßt sich keine Schlußfolgerung für die Art der Albumose, z. B. an Stelle der Plasmazellen, ziehen. Etwas anders ist es in bezug auf die Schwefelbleireaktion, welche gar nicht oder in kaum wahrnehmbarer Stärke eintritt. Hieraus ist wenigstens der negative Schluß zu ziehen, daß das Granoplasma keine Thioalbumose (eine Deuteroalbumose) ist, da diese die Reaktion sehr stark gibt. Ebenso kann Granoplasma keine Protoalbumose sein, sonst müßte die Millonsche Reaktion stark sein und keine Deuteroalbumose C, da dafür die Xanthoproteinreaktion zu schwach ist. Man sieht, diese negativen Schlußfolgerungen sprechen wenigstens nicht gegen unsere Annahme, daß Granoplasma eine Akrodeuteroalbumose (B II) sei.

Hier ist die Grenze der Eiweißfarbreaktionen beim Granoplasma vorläufig erreicht. Wenn es gelingt, das Granoplasma rein aus dem Gewebe zu isolieren, so ist es leicht, die Lösung desselben mit sämtlichen Farbenreaktionen der Eiweiße in gewohnter Weise zu prüfen. Damit wenden wir uns zum dritten Abschnitt unserer Untersuchung, der Auffindung eines spezifischen Lösungsmittels des Granoplasmas und nur dieses Körpers.

Die sehr ausgedehnten Versuchsreihen haben uns mit manchen

[1]) Es ist ein verbreiteter Irrtum, daß das Granoplasma der Plasmazellen auch mit Hämatein färbbar sei. Bei dieser Darstellung der Plasmazellen ist nur das Spongioplasma der Plasmazellen gefärbt, welches das Granoplasma einschließt.

Digitized by Google

Körpern bekannt gemacht, welche Granoplasma in annähernd oder völlig isolierter Weise dem Gewebe entziehen. Im allgemeinen kann man sagen, daß sämtliche Extraktionsmittel etwas verschieden wirken. Die meisten verhalten sich dem Chromatin und Nukleolin gegenüber anders wie dem Granoplasma und der Mastzellenkörnung und trennen daher diese beiden Gruppen voneinander. Einzelne verhalten sich dann wieder verschieden in bezug auf Granoplasma und Mastzellenkörnung oder auch verschieden in bezug auf Chromatin einerseits, Nukleolin andrerseits.

Als brauchbar für den Zweck der Zytosegewinnung ergaben sich uns folgende Stoffe: Borsäure, Ferrozyankalium, saures schwefelsaures Kalium, Schwefelkalium, Schwefelbaryum, Chlorbaryum und Plumbum aceticum.

Ein schärferer Vergleich dieser Mittel führte zu einer engeren Auslese, in welcher nur 4 Hauptmittel verblieben: Borsäure, Ferrozyankalium, Chlorbaryum, Plumbum aceticum.

Die Borsäure in schwacher Prozentuierung (1 ‰—1 %) teilt mit den Mineralsäuren HCl, H_2SO_4, HNO_3 in noch schwächerer Prozentuierung die vorteilhafte Eigenschaft, Granoplasma zu extrahieren, während Chromatin, Nukleolin und Mastzellenkörnung erhalten bleiben. Die Borsäure hat aber vor den übrigen Mineralsäuren den großen Vorzug, auch bei längerem Kontakt die Gewebe nicht anzugreifen, wobei sie noch außerdem die Gewebe aseptisch erhält. Als Säure kann sie ferner dazu dienen, die für die Kerne gefährliche alkalische Reaktion sonst geeigneter Salze (Ferrozyankalium) abzustumpfen.

Lösungen von Ferrozyankalium (1—2 %) ohne Zusatz von Borsäure erhalten Chromatin und Nukleolin, lösen dagegen außer Granoplasma auch Mastzellenkörnung. Will man sie daher alleine anwenden, so muß man aus der Lösung beider durch Erhöhung der Konzentration (10—20 %) das Granoplasma ausfällen, während die Mastzellenkörnung in Lösung bleibt. Einfacher in der Praxis ist es, von vornherein Borsäure zuzusetzen.

Lösungen von Chlorbaryum lösen Granoplasma sehr gut, dagegen Mastzellenkörnung gar nicht. Die Kerne und Kernkörperchen werden ziemlich gut erhalten.

Lösungen von Plumbum aceticum (1 %—10 %) — im Gegensatz zur Essigsäure — lösen Granoplasma vollständig unter guter Erhaltung von Chromatin, Nukleolin und Mastzellenkörnung.

Als ein beständig vorrätiges Reservoir für Zytose benutzten wir hauptsächlich die Leber vom Kalb und Schwein; vergleichsweise auch die Hirnrinde dieser Tiere. Die Leber hat den Vorzug, von allen Organen sich am leichtesten mechanisch in einen feinen Brei verwandeln zu lassen, welcher sich rasch und vollständig extrahieren läßt. Die

Digitized by Google

Leber (zu vorläufigen Versuchen genügen 100 g) wird von der Kapsel durch Abziehen befreit, durch den Wasserstrom einer Leitung von Blut möglichst befreit, dann in einer Hackmaschine zerkleinert worauf die weiche Masse durch ein Haarsieb gerieben wird. Dieser feine Leberbrei wird in die betreffenden Lösungen (Borsäure usw.) eingetragen, nachdem letztere auf 40°—60° erwärmt worden sind. Während der nur 5 Minuten dauernden Extraktion werden die Mischungen auf diesen Temperaturen erhalten. Da dieselben sich schwer filtrieren und auswaschen lassen, kommt ein kleiner Teil, der zur mikroskopischen Kontrolle dienen soll, in die Zentrifuge, in der sich nach wenigen Minuten ein fester Bodensatz absetzt. Die überstehende Lösung wird abgegossen und mehrfach durch destilliertes Wasser und schließlich durch absoluten Alkohol ersetzt. Mit diesem Alkohol zusammen wird der aufgeschüttelte Inhalt des Zentrifugengläschens durch Papier filtriert. Der Niederschlag, welcher auf dem Filter in einigen Stunden eintrocknet und dabei zusammenbackt, wird noch einmal im Mörser zu einem feinen Pulver zerrieben, dessen Körner später als Komplexe von ca. 10—100 Leberzellen erscheinen.

Das so gewonnene Leberpulver wird mit etwas dicker Zelloidinlösung angerieben, welche vorher bereits auf einem Holzblock zum Mikrotomieren aufgetropft worden ist. Diese lufttrocken gewordene Mischung kommt sodann mit dem Block in 70%igen Alkohol und ist nach einer Stunde schnittfähig. Die Masse wird in Schnitte von 20 μ zerlegt und in gewöhnlicher Weise teils in der Karbol + Pyronin + Methylgrün-Mischung, teils in polychromer Methylenblaulösung gefärbt und montiert.

Bei der mikroskopischen Untersuchung dieser Schnitte kommt es besonders auf folgende Punkte an. Da die Färbung in der Karbol + Pyronin + Methylgrün-Mischung feinere Differenzen zu Tage treten läßt, ist die Aufmerksamkeit hauptsächlich auf die hiermit gefärbten Schnitte zu richten. Das Protoplasma muß nur noch wenig oder gar nicht rot gefärbt sein (Schwund der Zytose). Ein teilweises Zurückbleiben von Zytose ist natürlich für deren Gewinnung kein Schaden, höchstens unvorteilhaft in bezug auf die Ausbeute, aber besser, als wenn nach Extraktion aller Zytose schließlich auch die Kerne angegriffen werden. Diese müssen ihre natürliche Gestalt, Größe und Färbung bewahrt haben (blau oder blaugrün). Sie dürfen nicht in stärkerem Maße zerbröckelt (Karyorrhexis) oder zu Schmelzfäden (Karyotexis) ausgezogen sein, da hiermit ein teilweiser Übergang von Kernbestandteilen in das Extrakt wahrscheinlich verbunden ist. Noch weniger gut aber ist das Resultat, wenn einzelne Kerne sehr schwach gefärbt oder ganz entfärbt sind, da dann sicher Kernbestandteile extrahiert wurden. Ein bloßes Schrumpfen der Kerne, wie es bei höherer Temperatur (über 60°) die Regel ist, hat weniger Bedeutung; ebenso die Umfärbung mancher oder sogar aller Kerne mit Pyronin, da diese Rotfärbung nur bei höherer Temperatur in sauren Flüssigkeiten vorkommt, wobei die Kernsubstanz sonst gut erhalten bleibt. Die Färbung mit polychromer Methylenblaulösung dient nur zur Kontrolle der soeben beschriebenen Schnitte.

An der Hand dieser allgemein gültigen Kautelen wurden die Ex-

Digitized by Google

traktionen bei den verschiedensten Temperaturen durchgeführt. Dabei stellten sich als optimale die oben angegebenen Grenzen (40—60°) heraus. In einigen Fällen wurden aber auch gute Resultate beim kurzen Kochen des Leberbreis erzielt.

Eine genaue Vorschrift zur Isolierung der Zytose aus einem bestimmten Gewebe läßt sich nicht geben, da jeder einzelne Fall Abweichungen darbietet. Wir geben daher im folgenden nur ein einzelnes Beispiel, um zu zeigen, wie man auf Grund der vorhergehenden mikroskopischen Untersuchung sich für den weiteren Gang der chemischen Bearbeitung im großen im Einzelfall entscheidet.

Bei Untersuchung einer Schweinsleber auf Zytose ergaben sich folgende mikroskopische Details. Die besten Resultate erzielte eine Mischung von Borsäure und Ferrozyankalium (je 1% bei 40°); an zweiter Stelle kamen Borsäure allein bei 60° und Plumbum aceticum (1%) bei 40° und 60°; schließlich gaben auch $BaCl_2$ (1%) bei 100° und $BaCl_2$ + Borsäure (je 1%) bei 60° ein einigermaßen befriedigendes mikroskopisches Bild. Unter diesen Umständen führten wir die weitere Extraktion dieser Leber mit einer Mischung von Borsäure und Ferrozyankalium bei 40° durch.

Gehen wir jetzt über zur weiteren Behandlung der Mischungen des Leberbreis mit dem gewählten Extraktionsmittel (im angeführten Falle: Ferrozyankalium + Borsäure) im großen. Die Mischung wird durch Absaugen auf einer Nutsche von dem Leberrückstand befreit. Das Filtrat wird zur Beseitigung eventuell vorhandener nativer Eiweißstoffe gekocht und wiederum filtriert, was jetzt rasch vor sich geht. Die gewonnene Flüssigkeit wird sofort in einem Pergamentschlauch in üblicher Weise dialysiert, um die Zytose von den zur Extraktion verwendeten Substanzen zu befreien (hier: Borsäure + Ferrozyankalium). Vom Erfolge der Dialyse überzeugt man sich durch von Zeit zu Zeit vorgenommene Prüfung des Außenwassers (hier mit Eisenchlorid). Entsteht dabei kein blauer Niederschlag mehr (Berlinerblau), so kann man die Dialyse, obwohl Borsäure sich nicht in ähnlicher Weise nachweisen läßt, als beendet betrachten. Extrahiert man mit Blei- oder Baryumsalz, so geschieht die Prüfung am besten mit H_2SO_4.

Um nun schließlich die auf solche Art gewonnene Zytose wieder in die Verhältnisse eines mikroskopischen Schnittes zu bringen, kann man auf verschiedene Weise verfahren. Im allgemeinen handelt es sich darum, die Zytose in ein indifferentes, organisches, poröses und leicht schneidbares Gewebe derart einzubetten, daß sie nach dem Schneiden in dem Inneren hohler Zellen gelagert erscheint.

Zu diesem Zwecke eignet sich nach unseren Erfahrungen am besten Hollundermark. Seine Zellulosewände zeigen ebenso wie die hierbei sonst noch in Betracht kommenden fixierenden Flüssigkeiten (Mucilago Gummi arabici und Zelloidin) bei der Karbol + Methylgrün + Pyronin-

Digitized by Google

Färbung lediglich eine Affinität zum Methylgrün. Von allen diesen Einbettungsmitteln hebt sich mithin die stets pyroninrot gefärbte Zytose ebenso scharf ab wie von den methylgrünen Kernen der Gewebsschnitte.

Das Hollundermark wird hierzu in kubische Blöcke von 5 mm Seitenkante geschnitten, die man noch zu besserer Aufnahme der Zytose in die etwas dicken Schnitte mit einer feinen Nadel vielfach durchstechen kann. Dieselben werden sodann durch Alkohol und Äther in Zelloidin gebracht und auf dem Mikrotom in Schnitte von 25—30 μ zerlegt. Diese werden mittels Alkohol + Äther entzelloidiniert und aus dem Wasser in die zytosehaltigen Extrakte gebracht, welche vorher mit etwas Mucilago Gummi arabici in einem Schälchen gut verrührt sind. Man zieht die mit Zytose beladenen Hollunderschnitte sodann einzeln auf einen Objektträger und bringt sie eine kurze Zeit in den Brutschrank, wo sie auf dem Objektträger fest ankleben. Hierauf werden sie noch einmal mit einer sehr schwachen Zelloidinlösung (1 : 1000) begossen. Hierdurch erhalten die Schnitte eine feine Schutzhülle, welche verhindert, daß bei der Färbung Verluste von Zytose stattfinden. Die Färbung geht durch diese Schutzhülle fast ebenso rasch vor sich wie ohne dieselbe. Der wieder getrocknete Hollunderschnitt wird hierzu mit einigen Tropfen der Karbol + Pyronin + Methylgrün-Mischung gut bedeckt. Nach etwa einer Viertelstunde ist die Färbung beendigt, wobei sich der Hollunderschnitt vom Objektträger löst. Derselbe wird direkt in ein Schälchen mit absolutem Alkohol gespült, hier bis zu völliger Entwässerung gelassen und dann durch Bergamottöl + Xylol āā in Balsam gebracht.

Um Lösungsversuche mit diesen zytosehaltigen Hollunderscheiben anzustellen, werden die betreffenden Schnitte mit dem Objektträger aufrecht in kleine Standgefäße gestellt, welche mit der Lösungsflüssigkeit gefüllt sind und mit dieser an einen warmen Ort gebracht (ca. 40°); nach einiger Zeit werden sie herausgenommen und getrocknet. Die Färbung derselben mit der Karbol + Methylgrün + Pyronin-Mischung zeigt dann, ob die Zytose noch im Schnitt vorhanden oder in die Lösungsflüssigkeit übergegangen ist. Ebenso wie die Färbung findet auch die Lösung der Zytose durch die Schutzhülle von Zelloidin ungehindert statt. Ohne eine solche würden vergleichende Lösungsversuche mit den zytosehaltigen Hollunderschnitten überhaupt nicht anzustellen sein.

Es zeigt sich nun, daß auch in der fremden Umgebung die eingebettete Zytose ihre Affinität zum Pyronin bewahrt im Gegensatz zu dem sie umgebenden Hollundermarkgewebe, welches sich methylgrün färbt. Weiter besitzt sie auch noch ganz dieselben Lösungseigenschaften wie in den Schnitten der Leber, aus der sie isoliert wurde. Sie löst sich beispielsweise in warmem Wasser, schwachen Borsäurelösungen und Salzlösungen, dagegen nicht in schwacher Essigsäure, konzentriertem Alkohol und konzentrierter Salzlösung.

Der hier geschilderte Gang führt also schließlich zu einer Darstellung der Zytose im großen, die dann nach den gewöhnlichen Vorschriften der Eiweißchemie weiter untersucht werden kann.

Die dabei benutzte chromolytische, d. h. sowohl mit Färbungs- wie mit Lösungsmitteln arbeitende mikrochemische Methode läßt sich mit entsprechenden Modifikationen auch auf andere, färbbare Bestandteile der Zelle anwenden.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Klinik der Kgl. Universität Turin.
(Vorstand: Prof. S. Giovannini.)

Über die Sensibilität der spitzen Kondylome.

Von

Dr. Artur Fontana, Oberassistent.

(Ins Deutsche übertragen von Dr. med. K. Rühl-Turin.)

Man hat, obwohl zahlreiche mikroskopische Untersuchungen mit den empfindlichsten Methoden ausgeführt wurden, bisher die Existenz von Nerven in den spitzen Kondylomen nicht nachweisen können. Die Versuche Kraemers (1), 1847 und Leloirs (2) in dieser Richtung sind mißlungen; dagegen erlaubte später die Vervollkommnung der histologischen Technik Ducrey und Oro (3), Nervenfäden in den tieferen Schichten der Kondylome nachzuweisen, während Reissner (4) und Vollmer (5) solche Fäden in geringer Menge in den Papillen und in größerer Menge im Malpighischen Netz nachweisen konnten. Diese Befunde konnten von Rocchi (6), Ramazzotti (7) und Heller (8), die nach verschiedenen Methoden Untersuchungen über diesen Gegenstand ausführten, nicht bestätigt werden; diese Verfasser sprachen den von den Obigen beschriebenen Figuren jede Bedeutung ab und deuteten sie als einfache Bindegewebselemente oder als Präzipitate aus Silberkörnchen. Vor kurzem haben Stancanelli (9) und Simonelli (10) diese Untersuchungen angeblich mit positivem Resultat wiederholt; ersterer will die Anwesenheit eines peripheren fibrillären und ganglionären nervösen Netzwerkes beobachtet haben, welches sich bis zu der oberflächlichsten Schicht des Malpighischen mukösen Körpers ausdehnen soll, und der zweite will unter Anwendung der Ruffinischen Methode eine große Menge von amyelinischen Nervenfäden nachgewiesen haben, welche von dem tieferen Teile der Epidermis ausgehend, ein unregelmäßiges Netzwerk zwischen den Zellen der Malpighischen Lage bilden und nach den oberflächlichsten Schichten der Epidermis selbst verlaufen. Serra (11) stellt hingegen die Existenz von Nerven in den Vegetationen in Abrede und behauptet, er habe nur in einigen Präparaten Langerhanssche Zellen, d. h. Chromatophoren gefunden.

Um diese Widersprüche aufzuklären, hielt ich es für zweckmäßig, von den histologischen Untersuchungen, deren inkonstante Ergebnisse zu

Digitized by Google

kontradiktorischen Schlußfolgerungen geführt haben, Abstand zu nehmen, dagegen physiologische Untersuchungen vorzunehmen, d. h. festzustellen, ob und in welchem Maße die Kondylome mit Empfindlichkeit versehen sind. Solche Untersuchungen konnten mir, nach meiner Ansicht, falls sie positiv ausfielen, einen indirekten Beweis für die Existenz von Nerven und von Nervenendigungen liefern.

Ich habe[1]) somit bei 15 Patienten, d. h. 7 Männer und 8 Frauen, die Tast-, Schmerz- und Wärmeempfindlichkeit der spitzen Kondylome untersucht. Ihren Sitz hatten die Kondylome in der Umgebung des Afters, am Perineum, auf der großen Schamlippe oder am Collum glandis. Bei fünf Patienten übertraf ihre Größe nicht diejenige einer Erbse; bei den übrigen erreichten sie hingegen diejenige eines Hühnereis. Mit Ausnahme von fünf schwangeren Frauen, litten alle übrigen Kranken zu gleicher Zeit an Gonorrhöe.

Zur Untersuchung der Tast- und Schmerzempfindlichkeit habe ich die Reizhaare von v. Frey benutzt; dieselben wurden besonders zu dem Zweck hergestellt und vor der Vornahme der Untersuchungen sorgfältig kontrolliert; sie hatten folgende Werte:

Für die Tastempfindlichkeit

Spannung g/mm	mittlerer Radius mm	Tragkraft g
0,5	0,045	0,0125
1	0,092	0,092
2	0,0963	0,197
3	0,2221	0,567
4	0,1077	0,431
5	0,138	0,69
6	0,132	0,912

Für die Schmerzempfindlichkeit

Druck in g/mm²	Oberfläche mm²	Tragkraft g
10	0,026	0.26
20	0,049	0,98
30	0,049	1,47
40	0,049	1,96
50	0,069	3,45
60	0,073	4.41
70	0,083	5,81

Da ich infolge der Natur der Affektion nicht den mittleren Schwellenwert einer bestimmten Anzahl von isolierten Tast- und Schmerzpunkten bestimmen konnte, betrachtete ich als Maß der Empfindlichkeit die schwächsten Reize, die noch eine Wirkung auf den zu untersuchenden

[1]) Vgl. auch meine vorläufige Mitteilung bei dem Internationalen Kongreß für Dermatologie usw. in Rom, 1912.

Digitized by Google

Körperteil hatten; als Vergleichspunkte dienten somit diejenigen Tast- und Schmerzpunkte, welche den niedrigsten Schwellenwert (13) hatten.

Zur Untersuchung der Wärmeempfindlichkeit wendete ich die Ästhesiometer von Veress und von Kiesow ähnliche Apparate und in einigen Fällen die Goldscheiderschen Zylinder an. Was nun die Resultate anbelangt, so war bei großen Kondylomen die Tastempfindlichkeit stets, zwar in vermindertem Grade, vorhanden. Bei einer Frau, die ich zum Gegenstand besonders eingehender Untersuchungen machte und die seit mehr als drei Jahren große Kondylome auf den großen Schamlippen hatte, war der Schwellenwert auf den Vegetationen = 4 g/mm und auf der gesunden Haut der Umgebung = 3 g/mm. Auch die Anzahl der Tastpunkte war in der Oberflächeneinheit geringer; wenn man nämlich mit einem Haar vom Wert = 4 g/mm die gesunden Teile reizte, fand man bei 20 Punkten 10, die durch eine Tastempfindung reagierten, während bei den Kondylomen bei 20 Punkten nur 2 nachweisbar waren, die reagierten.

So wurden bei Anwendung von stärkeren Reizen unter 20 Reizungen empfunden:

	Auf den gesunden Teilen	Auf den Kondylomen
4 g/mm	10	2
5 g/mm	14	1
6 g/mm	17	9

Die Kitzelempfindung wurde stets ganz deutlich, jedoch etwas abgeschwächt, wahrgenommen.

Ähnliche Resultate erhielt ich bei kleinen Kondylomen; hier konnte man jedoch kaum ausschließen, daß der Reiz auf die Umgebung verbreitet wurde.

Die Schmerzempfindlichkeit war noch weniger verändert als die Tastempfindlichkeit; bei der oben erwähnten Frau war der Schwellenwert auf den gesunden Teilen = 50 g/mm² und auf den Kondylomen = 50 g/mm²; während aber auf ersteren 10 Reizungen neunmal eine Schmerzempfindung erzeugten, geschah dies auf den Kondylomen nur dreimal. Bei Anwendung stärkerer Reize wurden von 10 Reizungen empfunden:

	Auf den gesunden Teilen	Auf den Kondylomen
60 g/mm²	10	3
70 g/mm²	10	8

Dies bedeutet, daß, obwohl der Schwellenwert auf den gesunden Hautgebieten und auf den Kondylomen der gleiche ist, auf letzteren die Empfindlichkeit etwas geringer ist, weil die Zahl der auf der Oberflächeneinheit verteilten Schmerzpunkte eine geringere ist.

Ich habe ferner mehrmals wahrgenommen, daß die Patienten, wenn man das Reizhaar in die Masse des Kondyloms einstach, eine intensive

Digitized by Google

Schmerzempfindung bekamen. In einem Fall, wo neben den Kondylomen eine intensive Entzündung der Genitalien vorlag, wurde eine Hyperalgesie vorgefunden.

Bei den kleinen Vegetationen wurden keine konstanten Resultate erzielt; im allgemeinen war die Empfindlichkeit vorhanden; nur bei einem Patienten fand ich Analgesie.

Bei großen Kondylomen schwankte der Schwellenwert des Wärmeschmerzes zwischen + 65° und + 66°, während er auf der gesunden Haut der Umgebung im Durchschnitt + 50° entsprach; eine deutliche Wärmeempfindung nahmen die Patienten bei Anwendung von zwischen + 65° und 35° schwankenden Reizen wahr. Bei Anwendung von allmählich herabsteigenden Temperaturen waren die Resultate bei den einzelnen Patienten verschieden, d. h.:

1. Drei Patienten hatten, selbst bei Temperaturen von — 8° und — 17°, keine thermische Empfindung; dagegen riefen bei einer Frau mit voluminösen Kondylomen in der perinealen Gegend Reize von unter 0° liegenden Temperaturen Kälteempfindungen hervor.

2. Sechs Patienten hatten bei Anwendung von Reizen zwischen + 35° und + 21° keine Empfindung; dagegen gaben sie von 20° ab, d. h. bei 15° C und bei allmählich sinkenden Temperaturen an, sie hätten eine deutliche Wärmeempfindung (lauwarm), deren Intensität im umgekehrten Verhältnis zur Temperatur zuzunehmen schien. Auch bei Anwendung von Kältemischungen, bis — 17°, erhielt ich dieselben Resultate, so daß es mir nicht möglich war, den Schwellenwert für die Kälteempfindlichkeit und für die Kälteschmerzempfindlichkeit zu bestimmen.

Bei den kleinen Kondylomen war diese Sensibilität wenig verändert, wahrscheinlich infolge der geringen Entfernung, welche sie von den gesunden Geweben trennte, auf welche sich die Reize leicht übertragen konnten.

Ich habe in jedem Fall die Thermoästhesie der gesunden Haut der Umgebung untersucht und dieselbe stets normal gefunden.

Das besondere Verhalten der Kondylome gegenüber den thermischen Reizen ist nicht auf die besondere Reaktionsweise der Haut und der Schleimhäute der Geschlechtsorgane zurückzuführen; bekanntlich hat v. Frey beobachtet, daß die Dichte der Wärmepunkte und der Kältepunkte in dem Maße wie man von der Wurzel des Penis nach dem Rande der Vorhaut zu vorschreitet, zunimmt; längs der inneren Oberfläche des Präputiums bis zum Sulcum balanopraeputiale nimmt die Wärmeempfindlichkeit nicht ab, sondern zu; an letzterem Orte ist die Empfindlichkeit für die Kälte sogar ausgezeichnet. Von dieser Stelle aus bis zum Meatus nimmt die Temperaturempfindlichkeit rasch bis zum fast gänzlichen

Digitized by Google

Verschwinden ab; nur das Eichelbändchen und die Ränder der Harnröhrenöffnung zeigen mehrere Kältepunkte. Unter physiologischen Verhältnissen reagieren die Kältepunkte der Eichel nicht nur auf adäquate resp. Kältereize, sondern auch auf faradische Reize und zeigen in ausgesprochener Weise die Erscheinung der paradoxen Empfindung, d. h. wenn sie mit dem Ende eines erwärmten metallenen Kegels gereizt werden, hat der Patient stets eine unzweifelhafte Kälteempfindung, welche in dem Maße zunimmt wie die Temperatur des Kegels die Durchschnittstemperatur des Körpers überschreitet, und jenseits von 50° C von einer brennenden Schmerzempfindung begleitet wird.

Infolge der dichten Stellung der Kältepunkte auf der Eichelkrone bewirkt auch der Kontakt mit erwärmten Metalloberflächen eine Kälteempfindung, welche desto intensiver ist, je höher, innerhalb physiologischer Grenzen, die Temperatur des stimulierenden Körpers ist (14). Bei den weiblichen Genitalien reagiert, soweit meine Beobachtungen ergeben haben, die Haut der großen Schamlippen und die Innen- und Außenfläche der kleinen Schamlippen auf thermische Reize in normaler Weise.

Die paradoxale Wärmeempfindung, welche ich bei den sechs erwähnten Patienten beobachtete, ist infolgedessen nicht auf besondere Empfindlichkeitszustände der Gegend zurückzuführen, in welchen die Kondylome ihren Sitz hatten, sondern stellt das Entgegengesetzte der Erscheinung dar, die man unter physiologischen Verhältnissen beobachtet. Sie wurde bereits 1881 von STRÜMPELL (15) in Fällen von Anästhesie für die Kälte beobachtet und unter der Bezeichnung Perversion des Temperatursinnes beschrieben; später wurde sie vereinzelt in Fällen von Syringomyelie (SUGAR [16], LE FORT [17], GASTOU [18]), von multipler Sklerose (SUGAR [16]), von Lepra (JEANSELME [19], NEGRO [20]), beobachtet; LERDA (21) beobachtete sie bei einigen nicht ganz frischen Narben und zwar auf kleinen Zonen derselben, und PONZO (22) auf durch Stovaineinspritzungen künstlich anästhetisch gemachten Hautzonen.

Aus den beschriebenen Untersuchungen geht somit hervor, daß die spitzen Kondylome, wenn auch in geringerem Maße als die normale Haut, mit Tast-, Wärme- und Schmerzempfindlichkeit versehen sind und daß infolgedessen die Anwesenheit von Nerven und von Nervenendigungen in ihnen nicht angezweifelt werden kann.

Literatur.

1. KRAEMER, Über spitze Kondylome und Warzen; ein Beitrag zur Naturgeschichte dieser Gebilde. Göttinger Studien, 1847. — 2. LELOIR, H., Nerfs des végetations. Gazette médicale de Paris, 1878. — 3. DUCREY e ORO, Contribuzione all' istologia patologica, eziologia e patogenesi dei condilomi acuminati. Napoli, 1893 (zit. von RAMAZZOTTI, vgl.

Digitized by Google

diesen). — 4. Reissner, A., Über das Vorkommen von Nerven in spitzen Kondylomen. Arch. f. Derm., 1894, Bd. 27, S. 385. — 5. Vollmer, E., Nerven und Nervenendigungen in spitzen Kondylomen. Arch. f. Derm., 1894, Bd. 30, S. 362. — 6. Rocchi, G., Stato delle fibre nervose in corrispondenza dei condilomi acuminati. Giorn. ital. delle mal. vener., 1896, S. 264. — 7. Ramazzotti, V., Alcune ricerche sulla patogenesi e sull' istologia del condiloma acuminato. Giorn. ital. delle mal. vener. 1902, S. 129. — 8. Heller, Zur Pathologie der spitzen Kondylome. Arch. f. Derm., 1905, Bd. 76, S. 106. — 9. Stancanelli, P., Contributo alla istologia e patogenesi del condiloma acuminato. Giorn. internaz. d. scien. med., 1908. — 10. Simonelli, F., Sulla presenza di terminazioni nervose nell' epidermide del condiloma acuminato. Giorn. ital. delle mal. vener., 1902, S. 630. — 11. Serra, A., Ricerche istologiche e sperimentali sul condiloma acuminato, i papillomi del capo e la verruca volgare. Giorn. ital. delle mal. vener., 1908, S. 11. — 12. Fontana, A., Essai d'une étude sur la sensibilité dolorifique cutanée avec la méthode de v. Frey. Archives ital. de Biologie, 1905, Bd. 44, H. 1, S. 86. — 13. Kiesow, F., Contributo alla psicofisiologia della cavità orale. Archivio ital. di otologia, rinologia etc., 1899, Bd. 9, H. 2, S. 129. — 14. Luciani, L., Fisiologia dell' uomo. Società editrice libraria Milano, II. ed., Bd. 4. — 15. Strümpell, A., Trattato di patologia speciale medica e terapia, übers. von R. Bonfiglie, Bd. 2, Teil 2; malattie del sistema nervoso. — 16. Sugár, M., Thermoanästhesia cutis paradoxa. Orv. Hetilap, 1910, Nr. 9. — 17. Le Fort, L., Panaris syringomyelique. Ann. de Derm. et de syph., 1891, S. 622. — 18. Gastou, P., Troubles trophiques des extremités avec syndromes syringomyeliques. Ann. de Derm. et de syph., 1895, S. 347. — 19. Jeanselme, E., Des troubles sensitifs dans la lèpre. Ann. de Derm. et de syph., 1898, S. 186. — 20. Negro, C., Su alcune alterazioni di sensibilità riscontrate sui nodi cutanei in un caso di lebbra tuberosa. Gazzetta medica di Torino, 1892, S. 7. — 21. Lerda, G., Sur l'evolution de la sensibilité dans les cicatrices, dans les autoplasties et dans les greffes. Archives ital. de Biologie, 1905, Bd. 44, H. 1, S. 1. — 22. Ponzo, M., Über die Wirkung des Stovains auf die Organe des Geschmacks, der Hautempfindungen etc. Arch. f. die ges. Psychologie, 1909, Bd. 14, H. 3 u. 4.

Feuilleton[1]).

Die ethischen Wirkungen der Reglementierung.

Von

Katharina Scheven, Dresden.

Vortrag, gehalten im Hamburg-Altonaer Zweigverein der Internationalen Abolitionistischen Föderation im Anschluß an ein Referat von Fräulein Pappritz, über „Die wirtschaftlichen Ursachen der Prostitution".

Meine Vorrednerin hat Ihnen in erschütternder Weise die furchtbare Verquickung des schmerzlichsten aller sozialen Übel, der Prostitution, mit wirtschaftlichen und sozialen Zuständen unseres Gesellschaftslebens enthüllt. Sie hat Ihnen gezeigt, wie die Pro-

[1]) Das Feuilleton soll Raum zur Aussprache über Tagesfragen geben, welche in näherer oder weiterer Beziehung zu den in der „Dermatologischen Wochenschrift" vertretenen Disziplinen stehen und aktuelles Interesse bieten. Red.

Digitized by Google

stitution mit einer Wucherpflanze zu vergleichen ist, die am üppigsten gedeiht, wo durch Wohnungselend, Alkoholismus, Zerrüttung der Familien, schlecht gelohnte Frauenarbeit ein sozialer Sumpf sich gebildet hat, in dessen Atmosphäre sich lasterhafte Triebe und Neigungen schon bei Kindern mit Notwendigkeit entwickeln müssen. Sie werden im Hinblick auf diese Zusammenhänge begreifen, daß es zwecklos und widersinnig wäre, die Prostitution mit Strafmaßregeln aus der Welt schaffen zu wollen. Trotzdem erblickt unser deutsches Strafrecht in der Prostitution ein Delikt und der § 361, 6 des R.-Str.-G.-B. bedroht die Ausübung der Gewerbsunzucht mit Haftstrafe. Aber dem Gesetzgeber ist es mit dieser strafrechtlichen Verfolgung selbst nicht Ernst gewesen, und deshalb schränkt er die Bestrafung ein auf diejenigen „Weibspersonen", um mit den Worten des Gesetzbuchs zu reden, welche Gewerbsunzucht treiben, ohne einer polizeilichen Aufsicht unterstellt zu sein. Diese polizeiliche Aufsicht, durch welche sich ein weibliches Wesen Freiheit in der Ausübung der Unzucht sichert, nennen wir die Reglementierung der Prostitution. Diese Reglementierung ist die einzige Maßregel, zu der sich der Staat dem furchtbaren Problem der Prostitution gegenüber verpflichtet gefühlt hat. Sie hat zur Folge, daß in unseren Städten behördlich gesicherte Bezirke geduldet werden, wo die Prostitution und alle mit ihr verbündeten lasterhaften und verbrecherischen Erscheinungen: Alkoholismus, Mädchenhandel, Kuppelei, geschlechtliche Perversitäten ungestört sich ausbreiten und sich entwickeln können. Angeblich soll diese staatliche Ordnung des Lasters einen ordnungspolizeilichen und einen sanitären Zweck verfolgen. Wenn Sie mit Verwaltungsbeamten oder Ärzten sprechen, so werden Sie meistens zu hören bekommen, daß der Staat die Prostitution nicht sich selbst überlassen dürfe, daß er danach trachten müsse, sie durch sanitäre Überwachung ihrer Gemeingefährlichkeit zu entkleiden und durch ordnungspolizeiliche Vorschriften räumlich zu beschränken, da sonst eine Überflutung unserer Städte mit physischer und moralischer Ansteckung zu befürchten sei. In den letzten Jahren ist durch das Hervortreten der D. G. z. B. d. G. besonders der hygienische Gesichtspunkt in den Vordergrund gerückt worden. Salus populi suprema lex, plegt man uns entgegenzuhalten, wenn wir, entrüstet über die schändliche Sklaverei unserer Geschlechtsgenossinnen in den Bordellen, der letzteren Abschaffung fordern, wenn wir auf die furchtbare Verführung hinweisen, die von diesen Stätten der Unzucht auf die Jugend ausgeht. Die staatlich überwachten Lasterhöhlen sollen notwendig sein, um unserem Volke die Gesundheit zu garantieren. Unter diesem Vorwand forderte auf dem Kongreß der D. G. B. G. in Frankfurt a. M. 1903 eine große Mehrheit der anwesenden Ärzte die Kasernierung und pries Prof. Erbs Ausspruch, daß die geschlechtliche Enthaltsamkeit nicht in allen Fällen als gesundheitlich indifferent angesehen werden dürfe, als erlösendes Wort, da man ja nun nicht mehr zurückzuhalten braucht mit der Forderung des freien Geschlechtsverkehrs für den Mann als einer hygienischen Notwendigkeit, aus welcher Forderung, sich als logische Konsequenz die Forderung der allgemein durchgeführten Kasernierung ergibt. Um diese gewichtigen Gegner, die als Verwaltungsbeamte und Ärzte das Ohr der Regierungen besitzen und deren Meinung de facto den Ausschlag gibt, mit ihren eigenen Waffen zu bekämpfen, haben wir Abolitionisten in dem letzten Jahrzehnt der hygienischen Seite der Prostitutionsfrage sehr große Aufmerksamkeit geschenkt. Wir fühlten, daß unsere ethischen und sozialen Einwände, so wichtig und maßgebend sie auch für uns sind, diesen Gegnern gegenüber nicht von durchschlagender Überzeugungskraft sein konnten. Wir sind in unseren Bestrebungen unterstützt worden durch die Resultate der medizinischen Wissenschaft selbst, die auf einer Anzahl hochbedeutsamer Kongresse und durch die vorurteilslose wissenschaftliche Forscherarbeit besonders ausländischer Ärzte die hygienische Wertlosigkeit des Reglementierungs- und Kasernierungssystems enthüllt haben. Unsere Posi-

Digitized by Google

tion hat sich dadurch bedeutend gebessert, denn wenn auch, besonders in Deutschland, noch die Mehrzahl der Mediziner an der alten Doktrin festhält, daß die Reglementierung ein unentbehrliches Mittel zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sei, so ist doch von der vorurteilslosen Wissenschaft zweierlei klar erkannt und zugegeben, so daß wir es als wissenschaftliches Axiom ansehen können — nämlich: 1. daß die Reglementierung nur einen verschwindenden Bruchteil der Prostituierten erfaßt und diesen Bruchteil größtenteils noch krank im Betriebe lassen muß, so daß von einer Sanierung der Prostituierten durch die Reglementierung absolut nicht die Rede sein kann, 2. daß die Reglementierung, besonders unter der Form der Kasernierung, die vom Standpunkt der hygienischen Überwachung aus, als die allein wirksame proklamiert wird, so furchtbare soziale Folgen zeitigt, daß selbst ihre Anhänger, wenn diese Dinge zur Sprache kommen, ihr nicht mehr das Wort zu reden wagen. Erklärte doch der greise Prof. Fournier in der außerparlamentarischen Kommission in Paris, als über die Nützlichkeit der öffentlichen Häuser abgestimmt wurde, für die er früher immer eingetreten war: er wolle auf seine weißen Haare nicht die Schande häufen, für die Erhaltung der öffentlichen Häuser zu stimmen. Tags zuvor hatten ihm die Bordellhalter von Paris eine große Summe angeboten, wenn er seine Stimme zugunsten dieser Einrichtung abgeben wolle. Diese außerparlamentarische Kommission, von der ich eben sprach, hat in Frankreich im Auftrag der Regierung in dreijähriger Tätigkeit das gesamte Problem der Prostitution und ihrer gesetzlichen, polizeilichen und volkserzieherischen Behandlung studiert und ist zu einer vollständigen Verurteilung der Reglementierung und zwar jeder Reglementierung gelangt, und dies, obgleich unter 60 Mitgliedern nur 5 erklärte Abolitionisten saßen. Es ist für mich zweifellos, daß bei gleicher voraussetzungsloser, wissenschaftlicher Durchforschung des Problems, eine gemischte Kommission, die neben den sanitären, auch alle einschlägigen ethischen, rechtlichen und sozialen Gesichtspunkte in Betracht ziehen würde, in Deutschland zu denselben Resultaten gelangen müßte. Die Forderung der Einberufung einer solchen Kommission vor der Neuregelung unseres deutschen Strafrechtes ist von den verschiedensten Seiten: von der Föderation, der deutschen Frauenbewegung, der konfessionellen Sittlichkeitsbewegung und der Inneren Mission an die Reichsregierung gerichtet worden, aber bisher immer vergeblich. Man will sich bei uns in Deutschland in diese Sache nicht hineinreden lassen, man erklärt sie lediglich für eine verwaltungstechnische Angelegenheit und bestreitet das eminente Interesse, das alle Schichten der Bevölkerung an einer fortschreitenden Lösung dieser Frage haben müssen. Trotzdem hat sich unsere Position auch in Deutschland gebessert. Niemand wird heute mehr, wie vor 40 Jahren, als die Föderation gegründet wurde, behaupten wollen, daß die Reglementierung ein Mittel sei, um der Prostitution die Giftzähne auszubrechen. Damals gehörte hoher moralischer Mut dazu, mit der Forderung der Abschaffung hervorzutreten. Diesen Mut entwickelte zuerst eine Frau, die Engländerin Josephine Butler, die sofort nach der Einführung der Reglementierung in England, die Ende der 60er Jahre unter dem Namen Contagious Diseases Act zum Gesetz erhoben worden war, eine lebhafte Bewegung unter den liberalen und sittlich hochstehenden Kreisen ihres Vaterlandes gegen diese Maßregel in Fluß brachte. In heftiger Entrüstung wandte man sich gegen die der Reglementierung zugrunde liegende unsittliche Doktrin, daß die Prostitution eine vom Staat anzuerkennende Notwendigkeit für die Kulturmenschheit sei, und die Behörde demgemäß verpflichtet sei, „gesunde Frauen für ausschweifende Männer" bereitzuhalten. Nur der felsenfeste Glaube an die metaphysische Natur und Bestimmung des Menschen und den Primat und Vorrang des Geistes gegenüber dem Körper konnte diese ersten Abolitionisten in den Kampf führen, konnte ihnen die prophetische Einsicht eröffnen, daß die Gesetze der physischen Gesundheit und der

Digitized by Google

Moral sich nicht widersprechen können, sondern sich in Anbetracht der Einheit der menschlichen Natur decken müssen, eine Wahrheit, die durch die Arbeit der letzten 40 Jahre glänzend ans Licht gekommen ist. Diese Fortschritte der medizinischen Wissenschaft, deren Darlegung in früheren Vorträgen hier in Hamburg geschehen ist, und die ich heute als bekannt voraussetzen muß, haben uns so weit geführt, daß wir für unsere schweren ethischen, sozialen und erzieherischen Einwände die wir vom Standpunkt der Frauen und Mütter gegen das Prinzip der Reglementierung erheben, Beachtung fordern dürfen und müssen. Wir erblicken in der Reglementierung ein durch und durch unethisches Prinzip, das nach den verschiedensten Richtungen hin verhängnisvolle Wirkungen ausstrahlt, das auf beide Geschlechter in verschiedener Weise korrumpierend einwirkt, und deshalb das allgemeine sittliche Niveau eines Volkes herabdrücken muß.

Die Reglementierung wirkt natürlich am furchtbarsten auf die von ihr betroffenen weiblichen Wesen, die durch die Stempelung zu öffentlichen Dirnen, durch den Zwang der auf ihre Wohn- und Bewegungsfreiheit ausgeübt wird, durch die bedingungslose Unterwerfung unter die auf Polizeiwillkür begründeten, und daher in jeder Stadt verschieden gearteten Reglements tatsächlich in ihrer bürgerlichen Freiheit aufs ärgste beschränkt und zu Menschen zweiter Klasse, zu Parias der Gesellschaft herabgedrückt werden. Da in den Kulturländern der Zudrang von Freiwilligen zu diesem mißachteten und traurigen Beruf nirgends ausreicht, so ist, mit Ausnahme von Süddeutschland, überall in Deutschland und auch in anderen Ländern zum Mittel der Zwangsunterstellung gegriffen worden, gegen die es keinen Rekurs gibt. Daß tatsächlich die Mehrzahl der Prostituierten nur durch Zwang zur Unterstellung gelangt, und damit definitiv in das Lasterleben versinkt, beweist die auffallende Verschiedenheit der Ziffern in gleich großen Orten mit Zwangseinschreibung und in solchen ohne Zwangseinschreibung. Bei einer Enquete, die ich vor mehreren Jahren veranstaltete, stellte sich dieser Unterschied sehr frappierend heraus. In Augsburg waren z. B. nur 12, in Baden-Baden 2, in Stuttgart 24, in Freiburg i. B. 25, in Gießen 3 Prostituierte unter Kontrolle, während in Dresden ca. 350, in Bromberg 278, in Chemnitz 35, in Bremen 50 Eingeschriebene genannt werden. Diese Zwangseinschreibung entbehrt jeder gesetzlichen Grundlage. Sie bessert auch an dem Übel der Prostitution nichts, sondern verschlimmert es sogar. Indem sie ein Mädchen, das sich gelegentlich in Zeiten der Arbeitslosigkeiit oder der moralischen Verbummelung prostituiert hat, zur offiziellen Dirne stempelt, vermehrt sie das Heer derer, die von der Prostitution leben müssen und denen jeder Rückweg ins bürgerliche Leben abgeschnitten ist. Diese Maßregel übt also im Gegensatz zu der Idee der Strafe keinen bessernden und sittlich erziehenden, sondern einen demoralisierenden, ja infamierenden Einfluß aus. Sie stößt die Betroffene aus der bürgerlichen Gesellschaft, erschwert ihr die Rückkehr zu geordneter Arbeit — denn wer mag ein Mädchen einstellen, die zweimal wöchentlich während der Arbeitszeit zur Untersuchung auf der Polizei antreten muß — und erniedrigt sie durch die präventiven Zwangsuntersuchungen noch unter das Tier. Denn diese Untersuchungen werden nicht zum Zwecke der Heilung vorgenommen, sondern um festzustellen, ob der betreffende weibliche Körper ein geeignetes Instrument zur Befriedigung männlicher Begierden ist. Über diese in das Leben der Betroffenen viel tiefer als eine gerichtliche Bestrafung einschneidende Maßregel entscheidet kein Richter, kein Zeugenverhör findet statt, sondern in den meisten Fällen wird sie von subalternen Polizeibeamten verhängt ohne Individualisierung, ohne Untersuchung der sittlichen oder materiellen Notlage der Betroffenen. Hierbei kommt es natürlich zuweilen vor, daß Mädchen zu Unrecht getroffen werden, zu Unrecht vielleicht nicht in dem Sinne, daß sie sich der Gewerbsunzucht in dem vorliegenden Falle nicht schuldig gemacht hätten, aber doch zu Unrecht in dem Sinne, daß sie innerlich nicht so tief

Digitized by Google

gesunken wären, um für die Prostituiertenlaufbahn reif zu sein. Der Staat macht sich, wenn er solche Mädchen zwangsweise einschreibt, zum Komplizen aller jener bösen Mächte, die heute schon einen so großen Teil unserer weiblichen Großstadtjugend mit verhängnisvoller Gewalt zur Prostitution hindrängen. Man wird mir einwenden, dies sei alles anders geworden, seitdem wir Polizeiassistentinnen in vielen Städten haben, denen die Mädchen vor der Einschreibung vorgeführt werden und die ihnen jederzeit die rettende Hand bieten. Das weiß ich sehr wohl. Ich habe selbst in Dresden mehrere Jahre, ehe es eine Polizeiassistentin gab, mit der Sittenpolizei gearbeitet und durch meine Intervention mehrere Mädchen von der Kontrolle befreit. Ich erkenne auch gern und dankbar an, daß mir der damalige Chef der Sittenpolizei bei dieser Tätigkeit in liberalster Weise entgegengekommen ist, aber ich habe mich dabei doch überzeugt, daß ohne fremde Hilfe die Mädchen fast niemals gegen diesen Zwang ankämpfen, daß der behördlich ausgeübte Druck ihnen die letzte sittliche Kraft raubt. Und worauf ist denn die Schaffung des so segensreich wirkenden Instituts der Polizeiassistentinnen zurückzuführen, als auf den jahrelangen Kampf, den die abolitionistische Richtung der Frauenbewegung und die Sittlichkeitsvereine gegen das System der Reglementierung geführt haben? Nichts hätte sich geändert, alles wäre noch beim alten, wie es übrigens auch noch in vielen Städten ist, wenn wir nicht unentwegt den Finger auf diese Wunde gelegt, die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf diese ungesetzlichen, bedauerlichen Zustände gelenkt und jeden Mißgriff der Sittenpolizei, der uns zu Ohren kam, sofort in der Presse und in Versammlungen an den Pranger gestellt hätten. Öffentliche Einrichungen, wenn sie einem modernen Rechts- und Kulturstaat nicht zur Schande gereichen sollen, dürfen aber nicht derartige Wirkungen haben, daß die freiwillige Hilfstätigkeit sich organisieren muß, um das einzelne Individuum vor ihrem demoralisierenden Einfluß zu bewahren.

Gleich verhängnisvoll wie die Zwangseinschreibung ist die Zwangskasernierung, die eine ganz logische Konsequenz der systematisch durchgeführten Reglementierung ist. Wir haben sie hauptsächlich in Norddeutschland in Bremen, Bremerhaven, Hamburg, zum Teil auch in Dresden. Ihre Anhänger gehen von dem Glauben aus, daß die Rücksicht auf den Straßenanstand, das anständige Frauenpublikum, die Verhütung öffentlicher Rakollage und die leichtere Überwachung der Kuppler die Lokalisierung der Prostitution auf bestimmte Straßen und Häuser erfordere, und daß diese Maßregel durchaus, ganz abgesehen von den sanitären Vorteilen, die sie biete, sich aus ethischen und humanitären Gründen rechtfertigen lasse. Wir haben es in den letzten Jahren mehrfach erlebt, daß sonderbare Schwärmer sich gemüßigt gefühlt haben, bis zum Ekel detaillierte Vorschläge für moderne Prostitutionskasernen auf humanitärer Basis auszuarbeiten. Der eine forderte unter dem Titel „Städtische Lusthäuser" Kasernen, in denen die Prostituierten vom 21.—46. Jahre direkt eingekerkert gehalten werden sollen, ohne jemals die Straße zu betreten. Durch Anlegung eines raffinierten Sparsystems will er aber für ihr Alter sorgen und durch sonntägliche Erbauungsstunden ihnen Gelegenheit geben, für ihr Seelenheil bedacht zu sein. Und diesem empörenden, zynischen Machwerk hat ein deutscher Hochschullehrer, Professor Fränkel in Halle, ein recht sympathisch gehaltenes Vorwort geschrieben. Nichts beweist deutlicher die heillose Verwirrung, die durch das Paktieren des christlichen Staates mit dem Laster in den Köpfen der Menschen angerichtet wird, als derartige, das Heterogenste zusammenschweißende Vorschläge. Auch bei den Prostituierten ist die völlige Verwirrung der moralischen Begriffe zu beobachten. Anfänglich empfinden es die allermeisten als eine Schande, unter Kontrolle zu stehen, aber der Besitz der Karte, die ihnen die staatliche Genehmigung sichert, verwirrt allmählich ihre Begriffe von Recht und Unrecht, und die präventiven Zwangsuntersuchungen

Digitized by Google

zerstören schließlich jeden Funken weiblichen Schamgefühls. Ein deutscher Polizeiarzt, Dr. Kühn, urteilte einst selbst über diese Zwangsuntersuchungen: „Für mich ist es immer ein Gegenstand aufrichtigen Bedauerns, zu sehen, wie hier das Weib erniedrigt wird.“ Denselben für mich unvergeßlich schmerzlichen Eindruck hatte ich, als ich vor Jahren in Stuttgart auf Aufforderung des dortigen Polizeiarztes der Untersuchung auf der Polizei beiwohnte. Erst erschienen die öffentlichen Prostituierten von links, dann von rechts her die geheimen, die in der Nacht aufgegriffen worden waren. Welcher Unterschied! Die ersten traten in eleganten Toiletten mit frechen Mienen auf, die zweiten verängstigt bescheiden, in ärmlicher Kleidung, mit hilfesuchendem Blick. Unterstellen Sie eine von diesen und zwingen Sie sie, in einem verrufenen Hause Wohnung zu nehmen, so vergeht kein Vierteljahr, und sie kommt mit derselben herausfordernden, frechen Miene zur Untersuchung. Im Gefängnis und Krankenhaus werden diese beiden Kategorien häufig zusammengesperrt. Dies ist die beste Schule der Gemeinheit und Lasterhaftigkeit für die Geheimen, die da so gut informiert werden, daß viele direkt aus dem Krankenhaus auf die Polizei gehen und die Kontrolle selbst begehren. Die Kuppler, bei denen die offiziellen Prostituierten wohnen, unterhalten während ihrer Krankenhausbehandlung beständig Beziehungen mit ihnen, um sie sich warm zu halten und sie zur Rückkehr in ihr Haus zu bewegen. Ich habe Briefe von Kupplerinnen an kranke Prostituierte gelesen, die sich vom Krankenhaus hilfesuchend an mich gewendet hatten. In der gröbsten Weise wurden darin die Rettungsvereine und Erziehungsanstalten verleumdet und den Mädchen durch Vorspiegelung eines lustigen, sorglosen Lebens, durch Versprechungen von Geschenken und Toiletten der Mut zur Umkehr untergraben. Die Dresdner Polizeiassistentin hat mit denselben Schwierigkeiten zu kämpfen. Mit den Mädchen würde ich schon fertig, aber mit den Kupplern wird man niemals fertig, sagte sie mir. Sie kundschaften die Plätze aus, wo die Polizeiassistentin die Mädchen unterbringt, schicken dann ihre Zutreiber, die ihnen auflauern und sie durch Zureden oder Versprechungen wieder zur Rückkehr bewegen müssen. So stellt der Staat mit einer Hand Polizeiassistentinnen an, die dem Laster die Beute abjagen, mit der andern reglementiert er das Laster, dessen Organe mit gierigen Händen nach eben dieser Beute greifen und gewöhnlich siegreich bleiben. Es ist eine der schlimmsten unsittlichen Folgen der Reglementierung, daß der Staat mit diesen Elementen nicht nur schonend umgehen, sondern ihnen geradezu bei ihren fortwährenden Gesetzesübertretungen den Rücken decken muß. Die Behörde muß den Kuppler als eine quasi offizielle Persönlichkeit behandeln, da er ein notwendiger Faktor in dem von ihr geschaffenen System ist. Sie muß dies, obgleich sie weiß, was das größere Publikum gewöhnlich nicht weiß, daß diese Elemente die abscheulichste Ausbeutungspolitik den unterstellten Mädchen gegenüber treiben. Unsinnige Pensionspreise von 15—18 M. täglich sind allgemein üblich. Noch schlimmer ist, daß sie den Mädchen Kleider, Wäsche und alle ihre Bedürfnisse zu Schwindelpreisen aufnötigen. Vor einiger Zeit holte ich in Dresden ein junges Mädchen aus einem Bordell heraus. Ich hatte große Mühe, ihr die wenigen Sachen, die ihr persönlich gehörten, auszuwirken, sie mußte die Lackschuhe, die man ihr ins Krankenhaus geschickt hatte, ausziehen, man warf ihr ein Paar ganz schlechte, zerrissene Stiefel hin, und ohne einen Pfennig in der Tasche ging sie aus dem Hause, in dem sie Hunderte hatte verdienen helfen. Größere Summen waren ihr für die Anschaffung von seidenen Hängerkleidchen angerechnet worden, denn man kostümierte das 21jährige, aber sehr kleine, zarte Mädchen in diesem Hause als Kind, Sie werden verstehen, warum. Ohne fremde Hilfe sind diese Mädchen niemals in der Lage, ein anderes Leben anzufangen. Es klingt grotesk, wenn man es ausspricht, daß im Zeitalter der Humanität in einem Lande, das ob seiner sozialen Fürsorge für die unteren

Digitized by Google

Schichten mit Recht berühmt ist, in dem selbst die stumme Tierwelt ihre beredten Anwälte findet und vor Mißhandlung gesetzlich geschützt ist, noch immer eine Kaste von Parias lebt, deren Ausbeutung durch skrupellose, hart an der Grenze des Verbrechens dahinschleichende Schufte von Gesellschaft und Verwaltung ruhig geduldet wird, die, eines großen Teiles ihrer verfassungsmäßigen Menschenrechte beraubt, als Ware und Sache bewertet und wie eine solche verhandelt und verschachert wird. Und doch ist es wahr! Diese Zustände resultieren aus der Anerkennung der Prostitution als eines für notwendig erachteten Gewerbes. Kuppelei und Überlassung von Wohnung zu Unzuchtszwecken, wenn sie gewohnheitsmäßig und aus Eigennutz geschehen, sind zwar nach unserem Gesetz strafbare Handlungen. Trotzdem werden sie überall geduldet, und manche Stadtverwaltungen korrespondieren mit Kupplern wie mit ehrlichen Mandanten, wenn sie ein öffentliches Haus — nicht etwa einrichten — aber stillschweigend einrichten lassen wollen. Der Staatsanwalt schreitet nur ein, wenn er vom Publikum dazu veranlaßt wird, und auch dann erfolgt meist nur eine so geringfügige Bestrafung, daß der Kuppler hohnlachend zahlt und sein Geschäft fortsetzt. Derartige Zustände sind auf die Dauer unhaltbar, unerträglich und unseres deutschen Vaterlandes unwürdig. Es muß die Achtung des Volkes vor den Gesetzen erschüttern, wenn der Staat selbst nicht den Mut hat, seine eigenen Gesetze zur Durchführung zu bringen.

Zu dieser feigen Kompromißstellung zwingt ihn sein unwürdiges Paktieren mit dem Laster. Ja es drängt die Behörden zu noch weiteren Vergewaltigungen der Gesetzgebung. Auf dieser selben Linie liegt die heute in mehreren Städten, z. B. in Hannover, Elberfeld, Danzig eingeführte präventive Zwangsuntersuchung der Kellnerinnen.

Die Behörde gibt durch diese Maßregel zu erkennen, daß sie ganz genau weiß, daß diese Kellnerinnen eigentlich geheime Prostituierte sind, die der Wirt mehr zum Animieren, als zum Gästebedienen anstellt; aber anstatt gegen die Wirte vorzugehen, die, der deutschen Gewerbeordnung zum Hohn, ihre Konzession zu Zwecken der Unzucht und Völlerei mißbrauchen, geht sie gegen die Mädchen vor und sorgt noch dafür, daß die Herren, die sich an diesen Gesetzesübertretungen beteiligen, ihre Gesundheit möglichst wenig gefährden.

Man sieht, zu welchen ethischen Konsequenzen das Reglementierungssystem führt. Es zwingt die dasselbe handhabende Behörde zu beklagenswerten Widersprüchen mit den Forderungen der Moral in den staatlichen Gesetzen. Gegen diese herrschende Tendenz sind unsere Proteste und Kämpfe gegen die Animierkneipen und Bordelle machtlos. Sie scheitern an dem reglementaren Geist, der naturgemäß die Tendenz hat, seine Herrschaft immer weiter auszudehnen, denn nicht um Bekämpfung der Prostitution ist es ihm zu tun, sondern um Einschmelzung dieser Erscheinung in die von ihm vorgeschriebenen Formen. Sind diese Formen nun gewahrt, so kann das Laster blühen, so viel es will! Und es blüht denn auch in unsern Großstädten trotz aller polizeilichen Überwachung recht öffentlich, und an eine ernstliche Bekämpfung kann nicht gedacht werden, solange der Staat nicht eine grundsätzlich andere Stellung zu diesem furchtbaren Übel einnimmt.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Versammlungen.

Russische syphilitische und dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 27. Oktober (10. November) 1912.

Originalbericht von Leo Ehrlich-St. Petersburg.

1. Morosoff zeigt einen Kranken mit **Lichen palmaris unilateralis.** Die Eigentümlichkeit dieses Falles zeichnet sich dadurch besonders aus, daß die einzelnen Effloreszenzen sich in der Länge der Hautnerven ausdehnen. Wenn auch der Fall klinisch mehr an einen Lichen erinnert, so ist jedoch für die vollständige Ausschließung einer Lues cornea eine genauere Untersuchung nötig. Nach Beendigung derselben wird sich der Referent endgültig aussprechen.

2. Schiperskaja demonstriert ein sechsjähriges Mädchen mit einer **Dystrophie des Knochensystems.** Die auffallende Schädeldystrophie zeichnet sich durch ausgesprochenes Vorwölben der beiden Scheiteltuberositäten und eine tiefe Furche zwischen denselben aus, wodurch der Schädel eine natesähnliche Form bekommt. Da einerseits eine genaue klinische Untersuchung in diesem Falle Lues hereditaria vollständig ausschließt und andererseits die Quantität der Kalkausscheidung und die Röntgenbilder entschieden für Rachitis sprechen, so glaubt S., daß derartige Dystrophie nicht immer das Symptom einer Lues hereditaria darstelle. Schor war der erste, welcher sich dafür ausgesprochen hat.

3. Wersilowa stellt vor: 1. einen Fall zur Diagnose. Es handelt sich um einen über den Extremitäten zerstreuten Hautausschlag, welcher aus linsengroßen Papeln besteht. Die Verteilung des Exanthems ist ziemlich symmetrisch, die subjektiven Symptome fehlen jetzt, nur beim Beginn des Ausschlags zeigt sich ein heftiges Jucken. Mikroskopisch sichtbare Veränderungen geben keine diagnostische Aufklärung; 2. einen Fall von Sklerodermie.

An der Diskussion beteiligen sich Kulnew, Obraszoff, Friedman und Morosoff. Die Diagnose des ersten und dritten Falles bleibt bis auf weiteres unklar.

4. Goss hält einen Vortrag (vorläufige Mitteilung): **„Über eine neue Methode der Herstellung des Antigens für die Wassermannsche Reaktion".** Da, wie bekannt, die wässerigen Antigene mehr spezifisch als die spirituösen wirken, so ist der Vortragende auf den Gedanken gekommen, nach seiner eigenen Methode ein Glyzerinantigen herzustellen. Da von den vielen lösenden Mitteln das Glyzerin das beste ist und sich am ehesten dem Wasser nähert, so hat der Vortragende für seine Zwecke das Glyzerin vorgezogen. Bei einer frischen syphilitischen Leber nimmt er 1,0 Leber auf 10,0 Glyzerin, bei trockener Leber aber 30,0 Glyzerin auf 1,0 Leber. In den beiden Fällen werden die Antigenkomponenten in einem Mörser energisch zerrieben, in einen Thermostat gestellt und von Zeit zu Zeit ordentlich durchgeschüttelt. Sein Glyzerinantigen soll insoweit spezifisch empfindlich sein, daß für eine einwandfreie Reaktion schon Dosen von 0,05 bis 0,1 vollständig genügen.

Diskussion. Liebermann bemerkt, daß seiner Meinung nach die spirituösen Antigene mehr spezifisch als die wässerigen seien. Auch Wassermann soll jetzt aus-

Digitized by Google

schließlich mit den spirituösen Antigenen arbeiten. Die Idee der Anwendung eines Glyzerinantigens ist zwar theoretisch höchst interessant, jedoch praktisch kaum anwendbar.

Goss erwidert, daß er in einer vorläufigen Mitteilung nicht näher in die Frage eingehen könne, dabei besteht er jedoch fest auf allen seinen Auseinandersetzungen.

5. Liebermann fügt noch Ergänzungsmitteilung zu der Frage über experimentelle Syphilis bei Kaninchen hinzu. Er hat drei Kaninchen je 2 ccm Blut von einer frischen syphilitischen, nicht behandelten Kranken injiziert. Eines von den den dreien ist an einer Nebenursache zugrunde gegangen, und die beiden anderen leben noch. Bei einem derselben hat sich nach 58 Tagen eine Induration in dem Testikel entwickelt, und in dem aus dem kranken Testikel entnommenen Blute sind ziemlich viele Spirochäten nachgewiesen worden. Bei dem dritten Kaninchen ist erst nach 72 Tagen eine Induration konstatiert worden. Der Vortragende betont die wichtige Tatsache, daß die Versuchstiere durch das Blut von einer syphilitischen Frau angesteckt worden sind in einer Periode, wo man im Blute der Syphiliskranken für gewöhnlich noch keine Spirochäten zu finden pflegt.

In der administrativen Sitzung sind Prof. Kulnew als Präsident der Gesellschaft und Prof. Obraszoff als Vizepräsident für das Jahr 1912/13 erwählt.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 19, Heft 11, November 1912.

Vorläufige Mitteilung über die Anwendung von Thorium X in der Dermatologie, von F. Wagner-Frankfurt a. M. Aus den angestellten Versuchen zieht Verfasser das Fazit, daß bei der Mycosis fungoides und der Psoriasis durch öfter wiederholte kleine Dosen von Thorium X ein therapeutischer Effekt erzielt werden kann. Besonders evident ist derselbe bei der Dermatitis exfoliativa. Weitere Versuche müssen zeigen, ob es gelingen wird, diese hartnäckigen Erkrankungen einer definitiven Heilung zuzuführen.

Über Versuche mit Neosalvarsan, von Arthur Jordan-Moskau. Trotz des großen Vorzugs der leichteren Lösbarkeit des Neosalvarsans und trotz der im allgemeinen zweifellos geringeren unangenehmen Nebenerscheinungen desselben erfüllt das Neosalvarsan seinen Hauptzweck, ganz gefahrlos zu sein, nicht, so daß das Salvarsan seiner größeren Wirkungskraft und demnach selteneren Anwendungsnotwendigkeit wegen vorzuziehen ist.

Band 19, Heft 12, Dezember 1912.

Weitere Untersuchungen über die Pathogenese der merkuriellen Kolitis und Stomatitis, von J. Almkvist-Stockholm. In einer früheren Arbeit 1906 hat der Verfasser versucht, die pathologischen Veränderungen, die bei Quecksilbervergiftung im Mundeund Dickdarm entstehen, als von besonderen lokalen Verhältnissen dieser Stellen abhängend zu erklären, und zwar hat er als diejenigen lokalen Verhältnisse, die hier zusammen mit dem Quecksilber die Schleimhautveränderungen hervorrufen, die an diesen Stellen vorhandenen Fäulnisprozesse bezeichnet. Diese Fäulnisprozesse bewirken eine Auflockerung und Erodierung der Schleimhaut und zweitens eine Entwicklung von Schwefelwasserstoff. Durch die erodierte Schleimhaut wird dieser Schwefelwasserstoff teilweise

Digitized by Google

resorbiert und trifft dann in den oberflächlichen Blutkapillaren der Schleimhaut das quecksilberhaltige Blut, wodurch ein Niederschlag von Schwefelquecksilber entsteht, welcher sich in den Endothelzellen der Gefäßwand niederschlägt. Hierdurch wird die physiologische Rolle der Gefäßwand zerstört, und infolgedessen leidet die Nutrition des Gewebes, so daß degenerative Prozesse, die zu Nekrose führen, sich im Gewebe entwickeln. Zu dieser Degeneration können möglicherweise auch die Bakterien auf der betreffenden Schleimhaut beitragen, indem die nutritiv gestörte Schleimhaut der schädigenden Wirkung der andrängenden Bakterien nicht widerstehen kann. Später können tiefer liegende Gefäße mit diesen Niederschlägen von Schwefelquecksilber imprägniert werden, und die Degeneration kann in solchen Fällen auch in die Tiefe gehen. Unabhängig von diesen Prozessen, wahrscheinlich infolge einer lähmenden Einwirkung auf die Gefäßnerven, entwickelt sich besonders im Darme eine bedeutende Gefäßdilatation. Infolge der Nekrose des Gewebes und auch der Störungen der Blutzirkulation entstehen Blutungen. Die Schwefelquecksilberkörnchen findet man ab und zu in Leukozyten aufgenommen. Es scheint, als ob wir es hier mit einem Streben der Organismen zu tun haben, den Schwefelquecksilberniederschlag aus der Gefäßwand mit Hilfe der Leukozyten wegzubringen, um die Zirkulation wieder herzustellen. Gegen dieses Resultat wendet sich Sabbatani-Almqvist stellt neue Versuche an und bleibt bei seinen Behauptungen. Nur bei Wismutvergiftungen sieht der Forscher dieselben Veränderungen wie bei Quecksilber, während sie bei den anderen Metallen ausbleiben, was dadurch zu erklären ist, daß nur die Verbindungen dieser beiden Metalle im lebenden Blute durch Schwefelwasserstoff fällbar sind.

Wer ist der Pfälzer Anonymus, von Erich Hoffmann-Bonn. Aus den Protokollen des Vereins Pfälzischer Ärzte gelang es dem Verfasser, festzustellen, daß jener Unbekannte der am 6. Februar 1887 verstorbene Medizinalrat Dr. Julius Bettinger, Kantonsarzt und Leiter der allgemeinen Armen- und Krankenanstalt zu Frankenthal in der Pfalz ist. Bettinger war es, der durch seine Experimente den Beweis erbracht hat, daß die Ansteckungsfähigkeit sekundärer Syphilis nicht nur durch den Eiter aus sekundär syphilitischen Geschwüren, sondern auch durch das Blut sekundär Syphilitischer auf gesunde Individuen bedingt ist.

Ulcus cruris varicosum und Syphilis, von Ferdinand Zinsser und Paul Philipp-Köln. Durch Röntgenuntersuchungen der Unterschenkelknochen, durch Wassermann und schließlich durch den Erfolg der antisyphilitischen Therapie haben die Verfasser den Beweis erbracht, daß das Ulcus varicosum luetischer Natur ist. Es zeigte sich eine spindelförmige Auftreibung der Fibula, ausgedehnte ossifizierte Periostitiden. Oft wiesen diese eine beträchtliche Dicke und mehrfache Schichtung auf. Es ist anzunehmen, daß die Syphilis sich am Locus minoris resistentiae angesiedelt, daß primäre Varizen ein Ulkus veranlaßt haben und daß in dieser entzündlich gereizten Gegend syphilitische Periostitiden aufgetreten sind. W. Chrzelitzer-Posen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Oktober 1912.

1. Die histologischen Veränderungen der Radiodermitis ulcerosa, von J. Darier. Eine Frau wurde im Jahre 1899, wahrscheinlich unter der Diagnose eines Tumors der linken Brust, über 30 Röntgenbestrahlungen unterworfen. Etwa 5—6 Monate nach der letzten Sitzung begann an den bestrahlten Stellen eine Abschuppung, an die sich schließlich eine sklerodermieartige Veränderung und Geschwürsbildung der Haut anschloß. Unter der Spitalsbehandlung verheilte die Ulzeration, doch blieb die Haut

Digitized by Google

derb und verdickt. Im Juli 1911, also 11 Jahre und 7 Monate nach der letzten Röntgensitzung, begann neuerlicher Zerfall an der linken Brust, der die Kranke wieder zur Behandlung führte. Die Affektion erwies sich als aus vier Zonen zusammengesetzt. An der Peripherie ist die Haut gelblichweiß, glatt, etwas derb, von zahlreichen Telangiektasien durchzogen; darauf folgt eine Zone, die sehr derb, von speckartiger Farbe, mit Pigmentflecken besetzt ist. Ihre Oberfläche ist etwas uneben, schuppend; die Gefäßerweiterungen sind viel seltener. Die nächste Zone ist narbig verändert, holzhart, höckerig, zeigt hämorrhagische Flecke. Im Zentrum des ganzen Herdes ist ein ovales seichtes Geschwür mit buchtigen, wenig aufgeworfenen Rändern und einem derben, unempfindlichen, teilweise mit einem Schorfe bedecktem Grunde. Es besteht lebhafte Sekretion und ausstrahlende Schmerzhaftigkeit. In der ersten Zeit des Spitalsaufenthaltes vergrößerte sich das Geschwür, ging später aber wieder zurück. Histologisch ließen sich ebenfalls verschiedene Regionen erkennen. In der Entfernung von der Ulzeration fand sich die Epidermis in allen Schichten hypertrophisch, der Papillarkörper ödematös, mäßig infiltriert. Näher dem Geschwüre beginnt die Hornschicht abzuschuppen, enthält stellenweise Kerne, die Körnerschicht wird unregelmäßig und verschwindet schließlich. Das Rete ist in Haufen und Zügen in Degeneration begriffen. Der Papillarkörper ist abgeflacht, seine Bestandteile nehmen die Farben nicht mehr ordentlich an. Das Geschwür besteht im oberen Anteile aus einem fibrinösen Exsudat, dann folgt, entsprechend dem Papillarkörper, nekrotisches Gewebe. Die Kutis, die in der Peripherie des Ulkus narbigen Charakter zeigt, ist unter diesem in Degeneration begriffen. Der Prozeß stellt sich also in den weniger befallenen Teilen als neoplastisch dar (Hypertrophie der Epidermis, Verdichtung der Kutis), in den stärker affizierten als reaktionsloser Zerfall.

Verf. weist besonders auf die lange Latenzzeit nach der ersten Geschwürsbildung, sowie auf die verschiedenen, der Intensität der Strahleneinwirkung entsprechenden konzentrischen Läsionen hin. Zum Schlusse gibt er noch eine Übersicht über die durch Röntgenstrahlen verursachten Läsionen, die sich je nach der Intensität darstellen als 1. Hypertrophie der Epidermis, 2. Degeneration der Retezellen und Atrophie der Epidermis, 3. Alteration der Haarfollikel, 4. Läsionen der Kutis und Gefäße und 6. als Ulzeration und Nekrose.

2. Eine neue Onychomykose, von Pellier. Ein 54jähriger Mann leidet seit 25 Jahren an spontanem Ausfall der Nägel der beiden ersten Zehen beiderseits. Die Nägel sind trübe, gelblichweiß mit aufgesplittertem Rande, unter ihnen ist eine hyperkeratotische Schicht. Unter dem Mikroskope fand sich ein Pilz, der im Gegensatze zu den bekannten Pilzen nur wenige Myzelfäden und viele ovaläre Körperchen mit dicker, lichtbrechender Wand zeigte. Seine Kultur auf festen wie in flüssigen Nährböden gelang leicht, jedoch konnte er noch nicht mit Sicherheit identifiziert werden.

3. Ein Fall von generalisiertem Molluscum pendulum, von Fontoynont. Ein 70jähriger Einwohner von Madagaskar ist auf dem ganzen Körper von unzähligen Knoten befallen. Diese sind getreidekorn- bis hühnereigroß, mit normaler, etwas verdünnter Haut bedeckt. Die größeren sind gestielt. Beinahe kein Fleckchen der Hautoberfläche ist frei, ebenso sind die Lippen befallen. Auf dem Stamme und dem Nacken stehen die Knoten am dichtesten, so daß stellenweise keine normale Haut sich dazwischen befindet. Nach unten nehmen sie an Zahl ab, sind aber etwas größer. Das Leiden dürfte angeboren sein und progressiven Charakter zeigen.

4. Studie über die Lympho- und die Myelodermien; Manifestationen an der Haut bei leukämischen und aleukämischen Zuständen, von A. Nanta. S. Bd. 55, S. 1610.

Digitized by Google

November 1912.

1. Änderung der Wassermannschen Reaktion bei behandelten Syphilitikern, von J. Nicolas und L. Charlet. Die beiden Verfasser haben eine Reihe von Syphiliskranken nach verschiedenen Methoden behandelt und dabei häufig, möglichst wöchentlich, die Wassermannsche Reaktion angestellt. Sie fanden, daß dieselbe sehr oft durch die spezifische Therapie beeinflußt und negativ gemacht wird, daß dies aber nicht stets der Fall ist. Diese Abschwächung oder das Verschwinden der positiven Reaktion geht aber nicht in einer regelmäßigen Kurve vor sich; es kann sich eine positive Reaktion zwischen zwei negative einschalten oder umgekehrt. Die Änderungen der Reaktion gehen auch nicht parallel mit den Modifikationen der syphilitischen Erscheinungen; diese pflegen der Therapie rascher zu weichen. Obwohl zu jedem Stadium der Syphilis die Blutreaktion negativ gemacht werden kann, so scheint dies doch in den früheren Stadien der Krankheit leichter möglich zu sein. Von den Behandlungsmethoden wirkt Salvarsan stärker und konstanter auf die Reaktion ein als eine Quecksilber- oder Quecksilberjodbehandlung. Aus diesen wenigen Erfahrungen lassen sich aber noch keine prognostischen Schlüsse ziehen.

2. Sekundäre Syphilide und Hektin, von E. Bizzosero. Der Verfasser hat mehrere Syphiliskranke mit Hektin behandelt und untersucht, ob sich ähnliche solitäre Rezidive einstellten, wie sie nach Quecksilber und Salvarsan beobachtet wurden. Er fand, daß Hektin in keinem Falle die Sekundärerscheinungen verhindern konnte und daß diese ebensowohl den regelmäßigen Typus aufwiesen, als auch sich als papulolentikuläre, lichenoide, ulzeröse Eruptionen mit oft abnormalem Sitze erwiesen.

Bizzosero erörtert dann die diesbezüglichen Hypothesen und meint, daß die von Thalmann aufgestellte (daß nicht alle Spirochäten abgetötet wurden und dann an einzelnen Stellen in einem antikörperarmen Organismus primäraffektähnliche Erscheinungen setzen) nicht für alle Fälle hinreiche. Am ehesten scheint ihm die Annahme einer durch die Spirochäten bewirkten Umstimmung des Organismus die erwähnten Anomalien des Krankheitsverlaufes zu erklären.

3. Studie über die Lympho- und die Myelodermien; Manifestationen an der Haut bei leukämischen und aleukämischen Zuständen. (Fortsetzung.) Von A. Nanta. S. Bd. 55, S. 1610. Richard Frühwald-Leipzig.

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Syphilidologie
(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych).

1912, Nr. 4—6.

1. Die Histologie der Urticaria perstans papulosa, von Franz v. Krzysztalowicz. Erschien deutsch in dieser Wochenschrift 1912, Nr. 30.

2. Vakzinotherapie, von Stanislaw Serkowski. (Fortsetzung.) Eingehende Besprechung der Bedeutung der Jennerschen Entdeckung mit Hinweis auf die traurigen Folgen, welche das Fehlen der obligatorischen Pockenimpfung im Königreich Polen nach sich zieht. So erkrankten dort im Durchschnittsjahre 1907 auf je 10 000 Einwohner 9,2, in Warschau 30,2 (!) und im Gouvernement Piotrkow (mit der Stadt Lodz) 27,2 (!). Es wurden in diesem Jahre im Königreich Polen auf je 10 000 Einwohner nur 307 vakziniert. Nach eingehendem Vergleich mit der diesbezüglichen Statistik in Galizien erörtert Verfasser ausführlich die Tätigkeit der zwei Impfinstitute in Warschau und des einen in Kamieniec Podolski.

Nr. 7, 8 und 9.

Das Heft ist Ksawery Watraszewski und Teofil Zera gewidmet, von denen der erstere 30, der zweite 35 Jahre im Sct. Lazarus-Spital in Warschau tätig ist.

Digitized by Google

1. Beitrag zu den pathologischen Veränderungen der gesunden Haut nach Schwefeleinwirkung, von W. Kopytowski. Die Arbeit erschien deutsch im Arch. f. Derm., Band 114, Heft 1.

2. Die Behandlung des Lupus vulgaris nach der Methode von Herxheimer-Altmann, von Robert Bernhardt. An der Hand von 6 diesbezüglichen Fällen bespricht Verfasser den Wert der Herxheimer-Altmannschen Methode. Das Salvarsan wurde dabei vom Verfasser stets intravenös in der Dosis von 0,3 eingeführt. Anfangs wiederholte er die Infusionen je 9—12 Tage, dann aber nur alle 4 Wochen, da er die Empfindung gewann, daß das wiederholte Einführen des Salvarsans die Heilung des Lupus keineswegs beschleunige; das Letztere finde eher statt, wenn das Salvarsan seltener, dafür aber das Tuberkulin energischer einverleibt wird. Die Höhe und die Anzahl der Tuberkulindosen hängt vom Allgemeinbefinden des Patienten und von der Temperatur ab; im allgemeinen erscheine es ratsam, seltener aber größere Dosen zu verabreichen. Nach seinen Erfahrungen kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

a) Die Methode von Herxheimer-Altmann gibt die besten Resultate in Fällen vom exulzerierten Lupus vulgaris, indem sie zur raschen Vernarbung führt.

b) Der Einfluß auf die lupösen Infiltrate ist sehr deutlich. Manche Infiltrate schwinden gänzlich, andere werden teilweise resorbiert.

c) Die Methode soll in die Reihe der Hilfsmethoden in der Behandlung des Lupus vulgaris eingereiht werden und mit anderen Methoden kombiniert werden.

3. Der Wert der von Bauer und Hecht vereinfachten Wassermannschen Reaktion, von J. Wojciechowski. Unter 1612 Seren, die vom Verfasser nach Wassermann und Bauer-Hecht untersucht wurden, erzielte Verfasser in 1460 vollkommene Übereinstimmung, in 152 Fällen eine deutliche Divergenz. Der Hauptunterschied betrug 9 Fälle, in denen nach Wassermann vollkommene Hemmung der Hämolyse, und nach Bauer-Hecht vollkommene Lösung resultierte, und 57 Fälle, in denen der vollkommenen Hämolyse nach Wassermann vollkommene Hemmung nach Bauer-Hecht entsprach. Der Vorzug der Methode von Bauer-Hecht erscheint zweifellos in der späten Periode von Syphilis: in 56 Fällen von sicher (vor 5 bis 29 Jahren) durchgemachter Lues ergab sie positives Resultat entgegen dem negativen Ausfall der Wassermannschen Reaktion.

Verfasser macht auf die Wichtigkeit der gleichzeitigen Untersuchung der hämolytischen Kraft der aktiven zu untersuchenden Sera aufmerksam: Falls das aktive Serum eine starke hämolytische Kraft besitzt und trotzdem mit dem entsprechenden Antigen die Hemmung der Hämolyse bewirkt, so spricht dies für die Annahme der Lues, wenn auch die Wassermannsche Probe mit demselben Serum negativ ausfällt.

4. Otitis media blennorrhoica acuta, von Joseph Petrokonski. Nach kurzer Besprechung der verschiedenen Komplikationen der Blennorrhöe berichtet Verfasser über folgenden, sehr interessanten und seltenen Fall aus seiner Spitalabteilung. Ein 18jähriges Mädchen stand in Behandlung des Verfassers wegen einer Urethritis und Endometritis cervicalis blennorrhoica; in der dritten Behandlungswoche klagte Patientin über rechtsseitige Kopfschmerzen und die Temperatur stieg plötzlich auf 39,5. Die Untersuchung des Schädels ergab eine große Druckempfindlichkeit beim Betasten der rechten Ohrmuschel in der Gegend des Warzenfortsatzes; die Untersuchung des rechten äußeren Ohres und des Trommelfells fiel negativ aus. Gleichzeitig kam es zum Ausbruch eines diffusen, stellenweise scharlachroten Hautexanthems. Dieses Exanthem ging nach 2 Tagen vollkommen zurück, es stellten sich aber später mehrere typische Eruptionen von Erythema multiforme ein. Die Temperaturerhöhung dauerte 10 Tage und betrug abends zirka 39 °, in der Frühe 37 °. Am elften Tage zeigte sich plötzlich

Digitized by Google

aus dem rechten Ohre ein abundanter Ausfluß eines grauweißlichen Eiters, der reichlich Gonokokken führte. Nach gründlicher Durchspülung des äußeren Ohres konnte nun eine große Perforation des Trommelfells festgestellt werden. Bei der nachfolgenden Operation mußte ein großer Teil des Warzenfortsatzes entfernt werden, da seine Zellen durch die eitrige Entzündung des Mittelohrs die weitgehendsten Veränderungen erlitten haben; in dem während der Operation gesammelten Eiter wurden Gonokokken bakteriologisch nachgewiesen. — Es unterliegt in diesem Falle keinem Zweifel, daß es sich hier um eine sehr seltene, metastatische, blennorrhoische Affektion des Mittelohrs handelte.

5. Ein Fall von Cutis verticis gyrata Jadassohn-Unna, von Albin Racinowski. Bei einem 23jährigen Manne mit Lues hereditaria (Residuen einer Keratitis parenchymatosa sinistra, Otitis labyrinthica syphilitica dextra, Keratitis parenchymatosa dextra, positive Seroreaktion) konstatierte Verfasser eine typische Cutis verticis gyrata. Die mikroskopische Untersuchung eines Hautstückchens ergab, daß es sich in diesem Falle um einen chronischen Entzündungsprozeß handelte, der ausschließlich in den tiefen Hautschichten lokalisiert war; das Endprodukt des entzündlichen Prozesses bilden sklerotische Veränderungen der Haut. Es läßt sich aber nicht entscheiden, ob die beschriebenen Veränderungen im engen Zusammenhang mit Bildung der Gyri am Vertex stehen, ob sie stets diesen Prozeß begleiten; es konnte die Cutis verticis gyrata den primären Prozeß darstellen, zu dem sich dann infolge zufälliger Hauterkrankung die Entzündung in den tiefen Hautschichten hinzugesellte.

6. Über die Behandlung des Erysipels, von Leon Wernic. Verfasser, der im Laufe von 3 Jahren auf seiner Rotlaufstation über 2000 Fälle behandelte, berichtet über die verschiedenen Behandlungsmethoden, die er dabei in Anwendung brachte und kommt zu folgenden Schlüssen: a) Der klinische Verlauf des Rotlaufs ist verschiedenartig; die Einreihung der einzelnen Fälle in die verschiedenen Gruppen soll sich nicht nach den einzelnen Symptomen, sondern nach dem ganzen Verlauf richten. b) Man soll drei Haupttypen unterscheiden: 1. einen lokalisierten Rotlauf, 2. einen sich weiter ausbreitenden Rotlauf (Erysipelas migrans) und 3. einen rezidivierenden Rotlauf. c) Am öftesten wird das Gesicht, am seltensten der Thorax befallen. d) Am öftesten kommen lokalisierte Formen (85 %) vor, am seltensten die rezidivierenden (5 %). e) Bei Behandlung des fortschreitenden Erysipels soll in der ersten Linie das Kollargol, dann das antidiphtherische Serum berücksichtigt werden. Einen großen Wert hat auch die Anwendung des Ichthyolkollodiums am Thorax und der 5 %igen Chlorkalksalbe am Gesicht und am Kopf. f) In Fällen von rezidivierendem Erysipel kommen in erster Linie die Vakzinotherapie und die Injektionen von sterilisiertem Terpentin in Betracht. Die Eingangspforten der Infektion müssen dabei stets sorgfältig berücksichtigt werden. g) Unter den lokalen Mitteln bewährte sich am besten die Chlorkalksalbe, viel schwächer wirkt die Jodtinktur.

7. Neosalvarsan und Salvarsan, von Felix Malinowski. Verfasser behandelte mit Neosalvarsan über 100 Fälle. Das Mittel wurde intravenös (0,6—0,75 bei Frauen, 0,75—0,9 bei Männern) angewendet und stets in 0,4 %iger Kochsalzlösung gelöst; je 0,15 Neosalvarsan entsprachen 20—25 Kubikzentimeter Kochsalzlösung. Die Nebenwirkungen waren immer sehr unbedeutend; insbesondere die Erscheinungen von seiten des Magendarmkanals viel seltener und schwächer als nach Salvarsaneinwirkung. Die Temperaturerhöhung trat nicht seltener als nach Salvarsan ein und betrug in zwei Fällen sogar 39,7° und 40,1°. Öfters als bei Salvarsananwendung bemerkte Verfasser urtikarielle und erythematöse Exantheme. Was den Einfluß des Neosalvarsans auf die

Digitized by Google

luetischen Erscheinungen anbelangt, so hat Verfasser die Empfindung, daß dieselben hier langsamer als nach Salvarsan zurückgehen; auch der Einfluß auf die Seroreaktion schien schwach und vorübergehend zu sein. Intramuskulär wendete Verfasser Neosalvarsan nur bei den Kindern an, bei denen die intravenöse Applikation technisch undurchführbar war. Die Schmerzen und die Infiltrate nach diesen Injektionen waren kurzdauernd und nicht so stark, wie bei Salvarsan. Trotzdem glaubt Verfasser die intramuskulären Injektionen wegen der Gefahr der leichten Zersetzlichkeit des Neosalvarsans nur in Ausnahmefällen anwenden zu dürfen.

8. Über ein Projekt der inneren Organisation der Lupanare vom Jahre 1809, von Fr. Giedroyc. Verfasser publiziert den interessanten Entwurf eines recht bizarren Projektes der inneren Organisation der Lupanare, das im Jahre 1809 von Joseph Kulpinski dem Staatsrate im Königreich Polen unterbreitet wurde.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band 14, Nr. 1.

Mikroskopische Blennorrhöekontrolle der Prostituierten, insbesondere in der Praxis der Berliner Sittenpolizei, von Georg Güth. Die Dienstanweisung für die bei der Berliner Sittenpolizei beschäftigten Ärzte vom 10. Oktober 1911 schreibt vor, daß der Nachweis des Trippers nur durch positiven Gonokokkenbefund als erbracht anzusehen ist. Diese Einführung der Gonokokkenuntersuchungen hatte eine starke Vermehrung der konstatierten Blennorrhöefälle zur Folge. $^1/_2$ % tripperkrank befundener Mädchen im Jahre 1889 stehen $13^1/_2$ % dieser im Jahre 1911 gegenüber. Als Resultat der mikroskopischen Blennorrhöekontrolle ergibt sich eine relative Assanierung der Blennorrhöe der sittenpolizeilich kontrollierten Prostituierten in der Art, daß lediglich solche Mädchen in ihrem Gewerbe belassen werden, welche nur geringe Chancen der Ansteckung bieten.

Hygienische Vorträge vor Fortbildungsschülern, von Münch-Darmstadt. Den älteren Fortbildungsschülern soll ein ärztlicher Vortrag über Geschlechtskrankheiten und deren Verbreitung gehalten werden und ihnen ein Merkblatt ausgehändigt werden. Die Zahl der zuhörenden Schüler soll nicht zu groß sein — etwa vierzig — und durch gleichzeitige Anwesenheit von Lehrern und Eltern ein Untergruud für eine ernste, weihevolle Stimmung geschaffen werden.

Index bibliographicus der sexualhygienischen Literatur, von Fritz Loeb-München.

Schourp-Danzig.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

Bd. 2, Nr. 5, 15. November 1912.

1. Antrittsvorlesung, von F. Legueu.

2. Soll man die Inzisionen des Nierenbeckens und des Ureters nähen? von Pierre Bazy und Louis Bazy. Die Verfasser bringen die Krankengeschichte der Fälle, in denen sie das Nierenbecken oder den Ureter eröffnen mußten. Ihre Erfahrungen lehren sie, daß die Frage, ob diese Inzisionen genäht werden sollen, nicht schematisch nach der einen oder der anderen Richtung hin entschieden werden darf. Die Naht erscheint ihnen als eine vorzügliche Methode, die angewendet werden soll, wo es angeht, doch darf dadurch der Erfolg der Operation nicht in Frage gestellt werden. Bei der Operation soll man es vermeiden, die Harnwege zum Zwecke der Naht von ihrer bindegewebig-fettigen Umgebung, die die ernährenden Gefäße enthält, zu ent-

Digitized by Google

blößen, sondern in dieser Schicht zu nähen. Ist eine solche Entblößung eingetreten oder mußten Inzisionen von größerer Länge gemacht werden, so soll man auf jeden Fall die Naht machen. Ist diese unmöglich, so greife man zur Plastik.

Scheint die Naht ohne Aussicht auf Erfolg, tritt durch sie eine Verengerung der Harnwege ein oder wird durch sie die Operation in einer für den Kranken nachteiligen Weise verlängert, so ist sie zu unterlassen. Septische Beschaffenheit des Urins ist keine Kontraindikation, doch ist in einem solchen Fall die Dränage vorteilhafter.

3. Fall von offenem Urachus, von P. André und André Boeckel. Ein 16jähriger, schwächlich gebauter Knabe, der an einer chronischen Zystitis litt, kam wegen einer seit einigen Tagen bestehenden Anschwellung unterhalb des Nabels zur Behandlung. Diese war taubeneigroß, von roter Farbe, fluktuierend. Unter der Diagnose „Abszeß" wurde inzidiert, doch entleerte sich eiteriger Urin. Jetzt wurde erkannt, daß es sich um einen persistierenden Urachus handle; man konnte ihn auch als Strang durch die Bauchdecken tasten. Ebenso konnte er radiologisch durch Anfüllung mit Kollargol sichtbar gemacht werden. Eine Sonde Nr. 19 konnte eingeführt werden.

Die Behandlung bestand in Exstirpation des Urachus, welche Operation auch völlig gelang. Die Verfasser führen das Entstehen der Urinfistel auf die starken Kontraktionen der entzündeten Blase zurück. Zum Schluß eine allgemeine Besprechung des seltenen Vorkommens eines persistierenden Urachus. In dem erwähnten Falle war die Weite des Ganges und seine röntgenologische Sichtbarmachung und seine Tastbarkeit erwähnenswert. Therapeutisch ist stets zur Operation zu greifen, da es sonst leicht zu schweren Komplikationen kommen kann.

4. Autoplastik bei schweren urethrorektalen Fisteln, von E. Michon. Da die übliche Operation der Rektum-Harnröhrenfisteln, die Herabziehung der Rektalschleimhaut, infolge Zurückrutschens der letzteren oft zu Mißerfolgen führt, empfiehlt der Verfasser eine Plastik aus dem Skrotum. Diese erfolgt in mehreren Sitzungen. Zuerst wird aus dem Skrotum ein rechteckiger Lappen an den langen Seiten ausgeschnitten. Hat man sich nach einigen Tagen überzeugt, daß er gut ernährt ist, so wird er hinten abgelöst. Dann wird am Perineum inzidiert, Rektum und Harnröhre voneinander abgelöst und der Hautlappen in die Wunde dazwischen geschoben, wobei das Skrotum ganz zurückgezogen wird. Unten darf der Lappen nicht anheilen, zu welchem Zwecke eine Zwischenlage gemacht wird. Nach etwa zwei Wochen wird der Lappen etappenweise vom Skrotum abgetrennt, und schließlich wird der untere, noch freie Teil in die Wunde unter den Urethraldefekt geschoben. Dieses Verfahren erfordert viel Geduld und viele Sorgfalt. Es soll deshalb nur dort angewendet werden, wo die Defekte sehr groß sind oder infolge Narbenbildung die Verschieblichkeit der Gewebe vermindert ist.

5. Pseudoheilung der Nierentuberkulose durch das konservative Verfahren, von Maurice Heitz-Boyer. In weiterer Verfolgung der Absicht, die Heilungen der Nierentuberkulose durch interne Medikation als „Pseudoheilungen" zu demonstrieren, bespricht Verf. diejenigen, allerdings seltenen, Fälle wo nach konservativer Behandlung einer sichergestellten Nierentuberkulose durch Ureterenkatheterismus ein völlig klarer, normaler Urin gewonnen wurde. Dieser Befund muß nicht für eine Heilung der Tuberkulose sprechen, sondern es kann sich auch um eine teilweise Zerstörung der Niere handeln, wobei sich der zerstörte Teil durch sekundäre Verwachsungen völlig von den abführenden Harnwegen abgeschlossen hat. Diese abgesackten tuberkulösen Herde bilden aber eine stete Gefahr für den gesunden Teil der Niere. Verf. führt ein diesbezügliches Beispiel an. Ein Mann hatte an Pyurie, Hämaturie und Blasenschmerzen gelitten, doch verloren sich diese Symptome völlig. Nach etwa drei Jahren stellten sie sich wieder ein; die rechte Niere wurde tuberkulös befunden und exstirpiert. Bei

Digitized by Google

ihrer Eröffnung zeigte sich, daß der obere Teil völlig zerstört und abgesackt war, während der untere nur vereinzelte frische, tuberkulöse Herde zeigte.

6. Syphilis der Blase und der Urethra, von GASTON PICOT. Ein 53jähriger Patient leidet seit acht Jahren an Blasenbeschwerden, trotz wiederholter Behandlung und zweimaliger Lithotripsie besserten sich die Symptome nicht, und es bildete sich sogar eine Blasen-Rektumfistel aus. Später kam auch eine Striktur der Harnröhre hinzu. Bei der Urethroskopie fand man drei Strikturen, wo die Schleimhaut große, blasse, derbe Erhebungen bildete. An der Blasenschleimhaut fanden sich außer der Fistel verschiedene Veränderungen. Verdickung, Sklerosierung, große Erhabenheiten, rote polyzyklische Plaques, seichte, konfluierende Ulzerationen mit roter Peripherie und bleichem Zentrum und Knötchenbildung.

Es wurde Syphilis vermutet und die WASSERMANNsche Reaktion angestellt, die positiv ausfiel. Durch eine spezifische Kur wurde eine, auch zystoskopisch sichtbare Besserung erzielt.

7. Papilläres Epitheliom des Nierenbeckens, von GASTON PICOT. Ein 53jähriger Mann hat seit sieben Jahren leichte Schmerzen in der linken Seite und Blutharnen, das aber stets nur für kurze Zeit auftritt und rasch wieder verschwindet. Im Harne waren manchmal fetzige Membranen zu sehen. Da die Beschwerden in letzter Zeit zugenommen haben, sucht er ärztliche Behandlung auf. Man fand einen großen elastischen Tumor in der linken Nierengegend. Zystoskopisch sah man in der linken Uretergegend mehrere papillomatöse vegetierende Knoten; durch Einführung des Ureterenkatheters wurde eine Hämatonephrose entleert. Nun wurde die Diagnose auf ein Neoplasma der Niere mit Metastasen in der Blase gestellt und wegen des guten Allgemeinbefindens des Kranken die Operation beschlossen, die in einer Zeit den Nierentumor, in einer zweiten die Knoten der Blase entfernen sollte. Bei der ersten Operation fand sich aber die Umgebung der Niere und ebenso die Lymphdrüsen im höchsten Grade von der neoplastischen Masse ergriffen. Es wurde nur die Niere entfernt; sie enthielt im Becken drei papilläre Epitheliome. Die histologische Untersuchung ergab dieselbe Struktur bei allen Tumoren, so daß es wahrscheinlich ist, daß die der Niere und der Blase zu gleicher Zeit sich transformiert haben.

8. Ureterenkatheterismus bei offener Blase, von G. MARION. Wenn durch geringe Kapazität der Blase, durch Ulzerationen oder sonstige Veränderungen ihrer Wand der Ureterenkatheterismus auf normale Weise nicht möglich ist, dann kann dieser in jedem Falle bei offener Blase erfolgen. Man verfährt daher folgendermaßen: Ein dicker Katheter wird in die Blase eingeführt; nach Durchtrennung der Bauchwand sucht man die meist geschrumpfte Blase, indem man Luft in sie einbläst. Sie wird dann mit einigen Nähten befestigt und inzidiert; die Öffnung muß groß sein und auch auf die Hinterwand übergreifen. Durch ein Spekulum wird der Blasenboden breit sichtbar gemacht. Hierauf wird der in der Harnröhre liegende Katheter abgeschnitten und durch ihn der Ureterenkatheter eingeführt. Erscheint er in der Blase, so wird er in eine Ureterenöffnung geführt. Der andere wird direkt von der Blase aus eingeführt. Nach Beendigung der Untersuchung Naht und Dränage der Blase.

9. Normale Entwicklung der Gonokokken beim Manne und der Frau, von JULES JANET. Die Gonokokken verschwinden unbeeinflußt nach einer gewissen Zeit von selbst aus der Harnröhre. Dabei wirken folgende Faktoren zusammen: 1. die ständige Dränage der Harnröhre durch den Urin, 2. eine gewisse erworbene Immunität, 3. das Altern und Absterben der Mikroorganismen und schließlich die phagozytäre Kraft der Leukozyten und des Zylinderepithels. Die lokalen Behandlungsmethoden verzögern

Digitized by Google

nur die Selbstheilung, und die Blennorrhöe verschwindet erst, wenn der Patient aus der Behandlung geschieden ist. Es gibt also für den Verfasser keine chronische Blennorrhöe des Mannes. Bei der Frau dagegen bleiben in den zahlreichen extragenitalen Schlupfwinkeln die Gonokokken lange lebensfähig. Richard Frühwald-Leipzig.

Revue clinique d'Urologie.

Juli 1912.

1. Die Behandlung der Nierentuberkulose mit Tuberkulin, von B. Mòtz. Motz hat die ersten günstigen Berichte von Leclerc Dandoy über Heilungen von Nierentuberkulose mit Tuberkulin sehr skeptisch aufgefaßt; allein durch eine eigene und vier fremde Beobachtungen mußte er sein Urteil ändern. In diesen Fällen war nämlich durch Tuberkulin oder Spenglersches Serum der vorher trübe Urin völlig klar geworden und es konnte auch sonst keine pathologische Veränderung mehr nachgewiesen werden, es war also Heilung eingetreten. Verfasser glaubt nicht, daß es sich bloß um eine Obliteration des Ureters handle, da sonst die Zeichen einer Pyonephrose aufgetreten wären. Tuberkulin ist also sicher imstande, in manchen Fällen Heilung der Nierentuberkulose herbeizuführen, was bei dem Umstande, daß die chirurgische Behandlung nur 45 % Heilungen gibt, zu begrüßen ist. Der Einwurf, daß durch die interne Behandlung der günstigste Zeitpunkt zur Nephrektomie versäumt werden und inzwischen die gesunde Niere befallen werden könne, ist klinisch noch nicht bewiesen. Motz schlägt daher vor, daß Fälle von einseitiger Nierentuberkulose durch 3 oder 4 Monate einer Tuberkulinbehandlung unterworfen werden sollen; bessert sich daraufhin der Zustand, soll mit der Therapie fortgefahren werden, andernfalls ist die Nephrektomie indiziert. Bei doppelseitiger Nierentuberkulose, wo die Operation unmöglich ist, soll auf jeden Fall zum Tuberkulin gegriffen werden.

2. Gleichzeitige Nierentuberkulose und -steine, von H. Wildbolz-Bern. Das gleichzeitige Vorkommen von Steinen und von tuberkulösen Herden in einer Niere ist bis jetzt nur selten beschrieben worden, doch glaubt der Verfasser, daß es häufiger ist, als man bisher annahm. Man unterscheidet dreierlei Formen von Steinen: Verkalkungen tuberkulöser Herde, primäre und sekundäre Steine. Erstere kommen selten bei frischer Tuberkulose, häufiger bei älterer vor. Sie sitzen häufig im Nierenparenchym und unterscheiden sich im Röntgenbilde kaum, höchstens durch eine minder scharfe Begrenzung von Steinen.

Es ist nicht stets mit Sicherheit zu entscheiden, ob ein Stein primär oder sekundär zu einer gleichzeitigen Nierentuberkulose ist. Im allgemeinen kann man große Urat- und Oxalatsteine bei beginnender Nierentuberkulose als primär bezeichnen; sekundäre Steine bestehen zumeist aus Karbonaten und Phosphaten. Die Steine machen dieselben Erscheinungen wie in unkomplizierten Fällen. Überwiegen die Steinsymptome die Tuberkulosesymptome, so kann diese völlig unbemerkt bleiben, zumal auch das Röntgenbild oft im Stiche läßt. Verfasser fügt zu allen 3 Formen eigene Erfahrungen den Beispielen aus der Literatur zu. Seine Fälle von primären Steinen sind aber die ersten. In praktischer Hinsicht ergibt sich einerseits die Konsequenz, daß man bei infizierten Nierensteinen stets auch sorgfältigst auf Tuberkulose untersuchen soll, da bei dieser Komplikation nicht die Lithotomie, sondern die Nephrektomie in Frage käme. Andrerseits sind Steine bei einem Tuberkulösen eine strikte Indikation zur Lithotomie, selbst wenn sie wenig Beschwerden machen. Denn sie schaffen eine Disposition zur tuberkulösen Erkrankung der Niere.

3. Kongenitale Harnröhrenstriktur, von E. Loumeau-Bordeaux. Den im

Digitized by Google

vorigen Hefte beschriebenen Fällen fügt der Verfasser noch 9 eigene hinzu, die sich betreffs Ätiologie, Symptomatologie usw. nicht anders verhielten wie die ersteren.

4. Spätresultate der Transplantation der Ureteren in das Rektum, von A. N. Pavloff. Die Patienten, denen aus irgend einem Grunde die Ureteren ins Rektum inplantiert wurden, können gewöhnlich nicht weiter beobachtet werden, so daß man über die späteren Folgen der Operation nichts Näheres weiß. Deshalb bringt Verfasser die Krankengeschichte einer graviden Frau, bei der 4 Jahre vorher die erwähnte Operation wegen einer Blasenscheidenfistel vorgenommen worden war. Bei der Entbindung entstand ein Dammriß dritten Grades, doch konnte Patientin wiederhergestellt werden. Die Ureteren funktionierten normal. Verfasser erklärt die Transplantation der Ureteren in das Rektum als ein ultimum refugium, zu dem man nur greifen darf, wenn die Nieren vollständig normal und funktionstüchtig sind.

5. Fall von Prolaps des Ureters, von W. J. Zdanowics. Eine 25jährige Patientin klagt seit 6 Jahren über dumpfe, nach Arbeit sich steigernde Schmerzen in der Unterbauchgegend, die im Anschluß an eine schwere Entbindung aufgetreten waren. Zystoskopisch fand man an Stelle der Uretermündung 2 kirschgroße, intensiv rote Erhebungen, die sich durch Druck mit dem Instrument verkleinern ließen. Wenn man den Ureterenkatheter einführte, so gelang es manchmal durch Rückstülpung der Schleimhaut die Erhebungen auszugleichen, doch bildeten sie sich wieder, sowie man die Katheter verschob. Die Gebilde erwiesen sich als Prolaps der Ureteren, offenbar hervorgerufen durch die starken Anstrengungen bei der vorhergegangenen Entbindung. Die Therapie bestand in Behandlung der Ureteropyelitis, Regelung der Diät und Verbot schwerer Arbeit.

6. Hintere Urethroskopie, von M. Palazzoli. In Fortsetzung seines Aufsatzes im vorigen Hefte bespricht der Verfasser die verschiedenen pathologischen Veränderungen, die man mit dem Urethroskope in der hinteren Harnröhre finden kann. Die verschiedenen Formen der Entzündung, Tuberkulose, Striktur usw. In einem ausführlichen Kapitel ist dann die ganze Therapie abgehandelt. Zum Schluß weist Palazzoli auf die Wichtigkeit der hinteren Urethroskopie hin, die für viele Beschwerden, die früher für rein nervös gehalten wurden, sichtbare Veränderungen zeigen wird.

Richard Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Für den vom 29. September bis 1. Oktober 1913 in Berlin stattfindenden **IV. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie** sind folgende Themata aufgestellt worden: 1. Serologie und Vakzinetherapie in der Urologie (Referenten: v. Wassermann-Berlin, R. Kraus-Wien, Schneider-Brückenau, Asch-Straßburg i. E.); 2. Blasensteine (v. Fedoroff-St. Petersburg, Preindlsberger-Sarajevo, Schlagintweit-München).

Dr. Ludwig Kielleuthner hat sich in München als Privatdozent für Urologie habilitiert.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

11. Januar 1913 | Nr. 2 | Band 56

Aus der syphilidologischen Klinik des Krankenhauses St. Göran in Stockholm.
(Vorstand: Dr. Johan Almkvist.)

Über die Bedeutung des Salvarsans und Neosalvarsans bei der Behandlung der Syphilis.

Von

Johan Almkvist, Stockholm.

(Mit 1 Abbildung.)

In der letzten Zeit haben verschiedene Ärzte, die mit Salvarsan und Neosalvarsan arbeiten, sich für die kombinierte Behandlung des Salvarsans (resp. Neosalvarsans) mit Quecksilber mehr und mehr ausgesprochen. Auch Verf. ist darauf gekommen, die Kombination von Quecksilber und Salvarsan (resp. Neosalvarsan) als eine sehr kräftige, um nicht zu sagen die beste Behandlung gegen Syphilis anzusehen. Das Material meiner Klinik ist indessen anderen Kliniken gegenüber ziemlich unbedeutend. Ich halte es doch für wichtig, daß so viele Ärzte wie möglich ihre Erfahrungen über das Salvarsan veröffentlichen, damit die Frage so vielseitig wie möglich beleuchtet wird, und außerdem habe ich meine Salvarsankuren gegen Syphilis in etwas anderer Weise als die meisten anderen Autoren angeordnet.

In frischen Fällen von Syphilis habe ich in Übereinstimmung mit einer Menge anderer Autoren sogenannte „Abortivkuren" angewandt in der Hoffnung, eine rasche Heilung der Syphilis zu erreichen. Diese Abortivkuren habe ich in zweierlei Weise ausgeführt: 1. Kuren, wo ich versuchte eine möglichst kräftige Einwirkung auf die Spirochaetae pallidae während einer kurzen Zeit hervorzubringen und dies durch eine energische Salvarsan- (resp. Neosalvarsan-)behandlung mit acht intravenösen Injektionen à 0,4—0,6 g jeden 4.—5. Tag, also 3,2—4,0 g Salvarsan (und Neosalvarsan entsprechend 4,0 — 7,3 g Salvarsan) als Gesamtdosis in ungefähr 30 Tagen, erreichen wollte; und 2. Kuren, wo ich nach einem kräftigen Anfang der Behandlung während einer etwas längeren Zeit eine nicht ganz so starke, aber ununterbrochene Einwirkung auf die Spirochaetae pallidae hervorzubringen suchte.

Die Gedanken, welche mich zum Anordnen dieser zweiten Kur geführt haben, sind folgende. Man weiß, daß die Spirochaetae pallidae

Digitized by Google

sehr spärlich im Blute vorhanden sind, daß sie im Gegensatz zu gewissen Blutparasiten, wie die Malariaplasmodien und die Rekurrensspirillen, hauptsächlich Gewebsparasiten sind. Infolgedessen ist es ja möglich, daß Mittel, die eigentlich im Blute und in den Gewebssäften ihre Wirkung ausüben, niemals in sehr kurzer Zeit die Parasiten in den Geweben töten können, wenn auch ihre parasitizide Wirkung noch so stark ist, sondern daß eine gewisse Zeit dazu immer nötig ist.

Daß es der Hg-Behandlung nicht gelingt die Spirochäten in ziemlich kurzer Zeit zu töten, scheint mir leicht erklärlich, weil man eine *starke* Hg-Behandlung nicht unaufhörlich geben kann, sondern sie intermittent mit ziemlich langen Zwischenräumen anordnen muß, in welchen die Spirochäten sich erholen können. Gibt man aber das Hg kontinuierlich, darf man nur so kleine Dosen anwenden, daß die therapeutische Wirkung zu schwach wird. Könnte man nur während der Pause zwischen zwei Hg-Kuren die Einwirkung auf die Spirochäten fortsetzen, brauchte die Behandlung wahrscheinlich nicht so lange Zeit zu dauern.

Eine Abortivkur gegen die Syphilis wäre wahrscheinlich sehr leicht zustande zu bringen, wenn man mit derselben anfangen könnte, bevor die Spirochäten in die Gewebe eingedrungen sind. Infolgedessen heben auch alle Autoren hervor, daß eine Abortivkur gegen Syphilis so früh wie möglich im Primärstadium angefangen werden muß, damit die Spirochäten sich im Körper nicht festsetzen können. Aber auch im Primärstadium sind Stellen vorhanden, wo die Spirochäten sich in die Gewebe eingenistet haben, nämlich in der Primärsklerose und in den Lymphdrüsen. Und zwar scheint es mir, daß es wohl für die Behandlung gleich schwer ist die Spirochäten in einigen, wie in mehreren Gewebsstellen zu töten.

Es kann wohl nicht von großer Bedeutung sein, ob die Spirochäten an mehr oder weniger Stellen in den Geweben sich festgesetzt haben, wenn sie nur nicht so weit hineingekommen, daß sie für die Behandlung unzugänglich sind. Und in den sekundären Effloreszenzen können die Spirochäten kaum tiefer in den Geweben eingedrungen sein als in den Primärsklerosen und den Polyskleradeniten, im Gegenteil, wahrscheinlich weniger tief, weil die sekundären Effloreszenzen jünger sind. Die Primärsklerosen können wohl weggenommen oder zerstört werden, aber nicht in allen Fällen, und die Lymphdrüsen wegzunehmen ist ein zu großer Eingriff.

Wenn die Spirochäten über den ganzen Körper zerstreut sind, gibt es allerdings größere Möglichkeit, daß sie sich in einigen Schlupfwinkeln verstecken können und infolgedessen eine längere Behandlung erfordern, aber auch in den Lymphdrüsen des Primärstadiums können wohl die

Digitized by Google

Spirochäten der Behandlung mehr oder weniger entgehen, so daß auch eine ziemlich lange Behandlung erforderlich ist, um sie töten zu können.

Im Stadium, wo das erste Exanthem auftritt, haben wir außerdem eine zunehmende Immunität gegen die Spirochäten, welche wohl die Behandlung unterstützen mag.

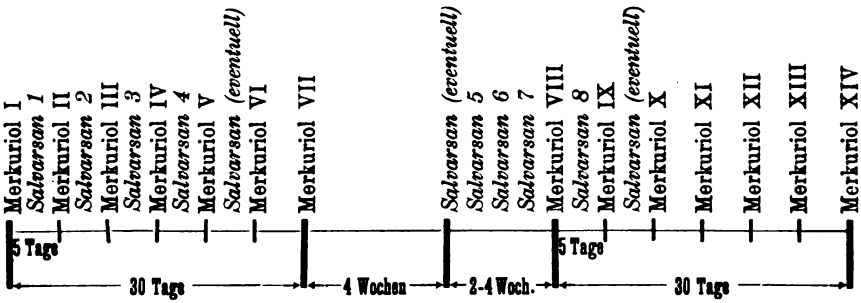
Mir erscheint es deshalb, daß es von keinem durchgreifenden Unterschiede sein kann, wenn wir eine Abortivkur beim Auftreten des ersten Exanthems oder im Primärstadium beginnen, denn auch im Primärstadium ist es nicht ratsam eine zu kurze Behandlung zu geben.

Meine sogenannte zweite Abortivkur habe ich aus den oben erwähnten Gründen folgenderweise angeordnet. Um eine mehr kontinuierliche Einwirkung zu erreichen, gebe ich das Salvarsan mit Quecksilber kombiniert. Als das hierzu Geeignetste habe ich ein langsam resorbierbares Quecksilberpräparat gewählt, und zwar das bei uns seit 1903 angewandte und hochgeschätzte Oleum mercurioli [1]). Die erste Injektion gebe ich, sobald die Diagnose festgestellt ist, und die erste Hg-Kur besteht gewöhnlich aus sieben Injektionen a 0,10—0,15 ccm. Oleum mercurioli 45 % (= 0,07—0,10 mg H) jeden 5. Tag. Diese Kur umfaßt also 30 Tage. Nach einer Pause von 6—8 Wochen gebe ich eine ganz ähnliche zweite Quecksilberkur, welche auch 30 Tage umfaßt. Während dieser Zeit von $3^1/_2$—4 Monaten gebe ich acht intravenöse Salvarsaninjektionen von 0,4—0,6 mg als Einzeldosis. Wenn keine Kontraindikationen vorhanden sind, mache ich die erste Salvarsaninjektion bei erster Gelegenheit nach dem Feststellen der Diagnose und lasse die anderen mit einer Zwischenzeit von vier Tagen folgen. Doch gebe ich während der ersten Quecksilberkur gewöhnlich nur vier Salvarsaninjektionen, denn nachher ist wahrscheinlich von den Injektionen mit Oleum mercurioli so viel Hg resorbiert, daß eine kräftige Einwirkung auf die Spirochaetae pallidae von dem Hg allein geleistet werden kann. Die übrigen Salvarsaninjektionen spare ich bis das Quecksilber im Körper infolge seiner Elimination nicht mehr so kräftig wirkt, also bis ungefähr vier Wochen nach dem Ende der Hg-Kur. Dann gebe ich die vier übrigen intravenösen Salvarsaninjektionen so verteilt, daß wenigstens die letzte nach dem Anfang der zweiten Quecksilberkur kommt. Der Verlauf dieser kombinierten Salvarsan-Hg-Kur wird von beistehender graphischer Auf-

[1]) Arvid Blomquist, Oleum mercurioli (90 % Hg). Ein neues Injektionspräparat, Arch. f. Derm., 1903, Bd. 66, S. 98. — Magnus Möller, Merkuriolöl — ein neues Quecksilberinjektionsmittel, Arch. f. Derm., 1903, Bd. 66, S. 89. — Magnus Möller und Arvid Blomquist, Über die Quecksilberausscheidung durch die Nieren bei intramuskulären Injektionen von Merkuriolöl. Derm. Ztschr., 1910, Bd. 17, S. 779.

Digitized by Google

stellung beleuchtet. Ich behandle mit dieser Abortivkur frische Syphilisfälle bis zum ersten Exanthem, nicht aber Rezidive.



Ich halte es für sehr wahrscheinlich, daß man ohne Gefahr die Anzahl der Salvarsaninjektionen bis 10 oder sogar 12 vermehren kann, was in der graphischen Aufstellung mit dem Worte „eventuell" angedeutet ist. Infolge des hohen Preises des Salvarsans gibt man doch selbstverständlich nicht mehr Injektionen als nötig.

Durch die oben beschriebene Kur erreiche ich im Anfang der Behandlung infolge der vier gleich nacheinander gegebenen Salvarsaninjektionen eine sehr kräftige Einwirkung auf die Spirochäten, und wenn die Wirkung des Salvarsans aufgehört hat, ist so viel Hg im Körper resorbiert, daß das Hg allein eine zureichende Einwirkung auszuüben vermag. Da das Merkuriol sehr lange im Körper remaniert, setzt die kräftige Hg-Wirkung noch ungefähr vier Wochen nach dem Schlusse der Behandlung im Körper fort. Die nachher eintretende verminderte Hg-Wirkung wird dann durch die wieder aufgenommene Salvarsaninjektion ersetzt, und bei der letzten Salvarsaninjektion ist die 2. Hg-Kur schon begonnen. Diese leistet dann eine kräftige Einwirkung während zwei Monate. Diese kombinierte Kur gibt also nach dem Anfang der Behandlung eine kontinuierliche Einwirkung während ungefähr vier Monaten, und nachher verschwindet die therapeutische Wirkung erst allmählich.

Manchmal ist es aber den Patienten nicht so leicht dem aufgestellten Behandlungsschema genau zu folgen, weil sie nicht auf so bestimmte Zeitpunkte ihre Arbeit verlassen können um im Krankenhause die Salvarsaninjektionen zu nehmen. Gewisse Abweichungen von dem Schema sind also vorgekommen und bei mehreren Patienten sind die Abortivkuren nur teilweise durchgeführt worden.

Weiter gehe ich in gewissen Fällen von diesem Schema ab. Wenn nämlich das erste Exanthem schon ausgebrochen oder auch die positive WaR. eingetreten ist und man vermuten kann, daß eine große Masse Spiro-

Digitized by Google

chäten den Körper überschwemmt hat, so kann das rasche Einwerfen von hohen Salvarsandosen eine sehr starke und für schwache Personen vielleicht gefährliche Reaktion hervorrufen. Um dies zu verhindern, gebe ich vor den großen Salvarsandosen schwächere, 0,2—0,3, oder, was billiger ist, vor dem Beginn der beschriebenen Abortivkur eine Vorbehandlung aus einigen (gewöhnlich 3—4) Injektionen von schnell resorbierbarem Hg, wie Salizylas Hg oder Asurol a 0,5 g jeden 3. Tag. Nach dieser Vorbehandlung werden die Reaktionserscheinungen nach dem Salvarsan viel schwächer. Auch wenn die Patienten infolge ihrer Arbeit oder anderer Umstände nicht imstande sind die erste intravenöse Salvarsaninjektion bald zu nehmen, fange ich mit dem Salizylas Hg unmittelbar an, damit so schnell wie möglich eine kräftige Einwirkung auf die Syphilis gemacht werden kann.

Sowohl in meiner Abteilung des Krankenhauses St. Göran als auch in der Privatpraxis habe ich jetzt die beiden Kuren in verschiedenen Fällen angewandt. Ein Vergleich zwischen den Erfolgen dieser beiden Kuren scheint mir sehr interessant. Das Material aus St. Göran ist in den sechs beistehenden Tabellen zusammengestellt.

Aus der Tabelle I sehen wir, daß sowohl Rezidive wie positive WaR. nach der Behandlung nicht selten vorkommen. Doch sind hier eine Menge Fälle, die nicht vollständige Kuren durchgemacht haben und infolgedessen nicht mitgerechnet werden können. Die meisten Fälle, die acht Salvarsaninjektionen bekommen haben, zeigten allerdings nach längerer oder kürzerer Zeit negative WaR. (wie lange nach dem Schluß der Behandlung ist in den Tabellen der Kürze wegen nicht angegeben). Doch haben wir vier Fälle, die ihre positive WaR. behalten haben. Beim Studium der Rezidive müssen wir nur diejenigen Fälle berücksichtigen, die eine längere Zeit beobachtet sind. Wir nehmen also die Fälle weg, die wir nur drei Monate oder weniger observiert haben. Von den 4—9 Monaten beobachteten Fällen sind 12 mit 8 Salvarsaninjektionen in einer Kur behandelt, und unter diesen haben wir drei Rezidive, also 25 %. Von Fällen aber, die mehr als neun Monate beobachtet worden sind und 8 Salvarsaninjektionen bekommen haben, insgesamt 11 Fälle, zeigten 9=80 % Rezidive. Die beiden ersten Fälle sind aber nur mit zerstreuten Injektionen, nicht mit einer zusammenhängenden Kur behandelt.

Ein ganz anderes Resultat zeigt uns Tabelle III, wo die mit der oben beschriebenen Abortivkur behandelten Fälle zusammengestellt sind. Sie haben alle negative WaR. bekommen, nur mit Ausnahme eines Falles, und ebenso sind alle Fälle, nur mit einer Ausnahme, bis jetzt ohne Rezidiv geblieben, auch diejenigen, welche ein Jahr oder länger beobachtet

Digitized by Google

worden sind. Diese beiden Ausnahmefälle haben aber nicht mehr als vier Salvarsaninjektionen, also keine vollständige Abortivkur, bekommen.

Tabelle I.

Salvarsaninjektionen ohne Hg.

Anzahl der Fälle	Beobachtet während Anzahl Monate	Anzahl Salvarsaninjektionen à 0,4—0,6 g								Wassermannsche Reaktion. Vor der Behandlung		nach der Behandlung		Mit Rezidive	Ohne Rezidive
		1	2	3	4	5	6	7	8	+	—	+	—		
1	24	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	1	—
1	19	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	1	—
2	15	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	2	1	1
1	14	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	1
4	12	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—	—	4	4	—
3	11	—	—	—	—	1	—	—	2	3	—	1	2	3	—
1	9	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	1
4	8	—	—	1	—	—	1	—	2	4	—	1	3	—	4
5	7	—	—	—	1	—	2	—	2	5	—	3	2	2	3
3	6	—	—	—	—	—	—	1	2	3	—	2	1	1	2
3	5	—	—	—	1	—	—	—	2	3	—	—	3	1	2
5	4	—	—	—	2	—	—	—	3	5	—	3	2	1	4
7	3	—	—	1	3	1	—	—	2	7	—	5	2	—	7
12	2	—	1	7	—	—	—	—	4	10	2	9	3	1	11
32	1	14	10	2	1	1	—	—	4	30	2	29	3	—	32
84		14	11	11	8	3	3	1	32	80	4	53	31	16	68

Tabelle II.

Salvarsaninjektionen mit einer Hg-Kur.

Anzahl der Fälle	Beobachtet während Anzahl Monate	Anzahl Salvarsaninjektionen à 0,4—0,6 g								Wassermannsche Reaktion. Vor der Behandlung		nach der Behandlung		Mit Rezidive	Ohne Rezidive
		1	2	3	4	5	6	7	8	+	—	+	—		
1	14	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	1
1	13	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	1
1	10	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	1
1	7	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	—	1
1	6	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	1	—
1	6	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	1
1	5	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	1
1	4	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	1
2	3	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	2	—	—	2
1	3	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	1
1	3	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1
1	2	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	1
5	2	—	5	—	—	—	—	—	—	4	1	3	2	—	5
17	1	—	—	—	17	—	—	—	—	15	2	13	4	—	17
1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1
15	1	—	15	—	—	—	—	—	—	15	—	15	—	—	15
51		—	21	3	18	6	—	1	2	47	4	36	15	1	50

Digitized by Google

Auch die Tabelle II, wo die Fälle neben Salvarsaninjektionen nur mit einer Hg-Kur behandelt sind, zeigt ein viel besseres Resultat als Tabelle I, was wohl eine Andeutung gibt, daß das Salvarsan in Kombination mit Hg viel kräftiger auf die Syphilis einwirkt.

Tabelle III.

Salvarsaninjektionen, kombiniert mit zwei Hg-Kuren.

Anzahl der Fälle	Beobachtet während Anzahl Monate	Anzahl Salvarsaninjektionen à 0,4—0,6 g								Wassermannsche Reaktion. Vor der Behandlung		nach der Behandlung		Mit Rezidive	Ohne Rezidive
		1	2	3	4	5	6	7	8	+	—	+	—		
1	18	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1
1	16	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	1
1	13	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1
1	11	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	1
1	11	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	1
1	10	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	1
1	10	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	1
2	9	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	2	—	2
1	9	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—
1	8	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	1
1	8	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	1
1	8	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1
1	7	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	1
2	6	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	2	—	2
1	5	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	1
1	4	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	1
1	4	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	1
1	4	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	1
1	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
21		—	—	2	5	1	2	—	11	18	3	1	20	1	20

Tabelle IV.

Neosalvarsaninjektionen ohne Hg.

Anzahl der Fälle	Beobachtet während Anzahl Monate	Anzahl Neosalvarsaninjektionen								Wassermannsche Reaktion. Vor der Behandlung		nach der Behandlung		Mit Rezidive	Ohne Rezidive
		1	2	3	4	5	6	7	8	+	—	+	—		
3	5	—	—	—	—	—	1	1	1	2	1	—	3	—	3
2	4	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	1	1	—	2
2	3	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	2	—	—	2
2	2	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	1	1	—	2
1	2	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	1	—
13	1	—	1	1	1	1	1	1	7	10	3	10	3	—	13
23		—	1	1	1	1	2	4	13	19	4	15	8	1	22

Dosis: 8 Injekt. = 4,2—7,3 g (entspr. Salvarsan); 7 Injekt. = 3,8—6,4 g; 6 Injek. = 4,8—5,3 g; 5 Injekt. = 2,5 g; 4 Injekt. = 2,2 g; 3 Injekt. = 1,4 g; 2 Injekt. = 1,0 g.

Digitized by Google

Tabelle V.

Neosalvarsaninjektionen, kombiniert mit einer Hg-Kur.

Anzahl der Fälle	Beobachtet während Anzahl Monate	Anzahl Neosalvarsaninjektionen								Wassermannsche Reaktion. Vor der Behandlung		nach der Behandlung		Mit Rezidive	Ohne Rezidive
		1	2	3	4	5	6	7	8	+	—	+	—		
2	5	—	—	—	1	1	—	—	—	2	—	—	2	—	2
2	4	—	—	1	1	—	—	—	—	2	—	—	2	—	2
2	3	—	—	1	—	—	—	—	1	2	—	—	2	—	2
1	3	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1
13	1	—	—	—	13	—	—	—	—	13	—	13	—	—	13
8	1	—	5	—	3	—	—	—	—	5	3	—	8	—	8
28		—	5	3	18	1	—	—	1	25	3	14	14	—	28

Dosis: 8 Injekt. = 4,4 g (entspr. Salvarsan); 5 Injekt. = 3,3 g; 4 Injekt. = 1,9—2,6; 3 Injekt. = 1,3—1,6; 2 Injekt. = 0,9—1,0.

Tabelle VI.

Neosalvarsaninjektionen, kombiniert mit zwei Hg-Kuren.

Anzahl der Fälle	Beobachtet während Anzahl Monate	Anzahl Neosalvarsaninjektionen								Wassermannsche Reaktion. Vor der Behandlung		nach der Behandlung		Mit Rezidive	Ohne Rezidive
		1	2	3	4	5	6	7	8	+	—	+	—		
2	5	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	2	—	2
5	4	—	—	—	—	—	2	—	3	5	—	—	5	—	5
7		—	—	—	—	—	2	—	5	6	1	—	7	—	7

Dosis: 8 Injekt. = 4—6,5 g (entspr. Salvarsan); 6 Injekt. = 4—4,1 g.

Die Behandlung mit Neosalvarsan allein oder in Kombination mit Hg habe ich noch nicht in so vielen Fällen wie die Salvarsanbehandlung angewandt und außerdem wurden die Fälle nicht länger als fünf Monate bis jetzt beobachtet. Die Erfolge der Neosalvarsanbehandlung können infolgedessen nicht so sicher beurteilt werden. Die Tabelle IV, V und VI scheinen indessen zu zeigen, daß die Erfolge der Behandlung in derselben Richtung wie diejenigen der Salvarsanbehandlung gehen. Es scheint doch aus der Tabelle IV, daß die mit Neosalvarsan allein behandelten Fälle besser verlaufen sollten als die mit Salvarsan allein behandelten, indem wir bei den Neosalvarsanbehandelten nur ein Rezidiv haben. Sie sind aber nicht lange genug beobachtet. Ich bin doch aus der schon gewonnenen Erfahrung dazu geneigt, die therapeutische Wirkung des Neosalvarsans wenigstens so gut, wahrscheinlich noch besser, als diejenige des Salvarsans anzusehen.

Digitized by Google

In meiner Privatpraxis habe ich auch Abortivkuren angewandt, aber noch nicht mit Neosalvarsan. Solche Kuren habe ich doch nur 14 vollkommen durchgeführt, nämlich 3 mit Salvarsan allein und 11 mit kombinierter Salvarsan-Hg-Behandlung. Die 3 ersten sind 11—15 Monate beobachtet, und zwei haben wieder positive WaR. bekommen. Die 11 anderen sind 4—14 Monate observiert und zeigten alle bisher negative WaR. und keine Symptome.

Von schädlichen Folgen der Salvarsaninjektionen habe ich sehr wenig bemerkt. Über die fieberhaften Reaktionserscheinungen nach den Salvarsaninjektionen habe ich vor einem Jahre einen Bericht[1]) geliefert, wie günstig die Einführung von frisch destilliertem Wasser gewirkt hat. Seitdem sind meine Erfolge dieselben gewesen. Nur wenn eine große Masse von Spirochäten im Körper ist oder bei gewissen anderen Infektionen und zuletzt bei gewissen Organleiden sind Störungen nach der Salvarsaninjektion eingetreten.

Um frisch destilliertes Wasser immer bequem haben zu können, habe ich im Herbst 1911 einen kleinen Destillationsapparat konstruiert, welcher automatisch arbeitet, so daß der Kochapparat sich immer voll hält. Ich habe ihn in der Gesellschaft schwedischer Ärzte am 15. Dezember 1911 demonstriert und seit Ende November 1911 sowohl im Krankenhaus als in meiner Privatpraxis geprüft. Er funktionierte tadellos.

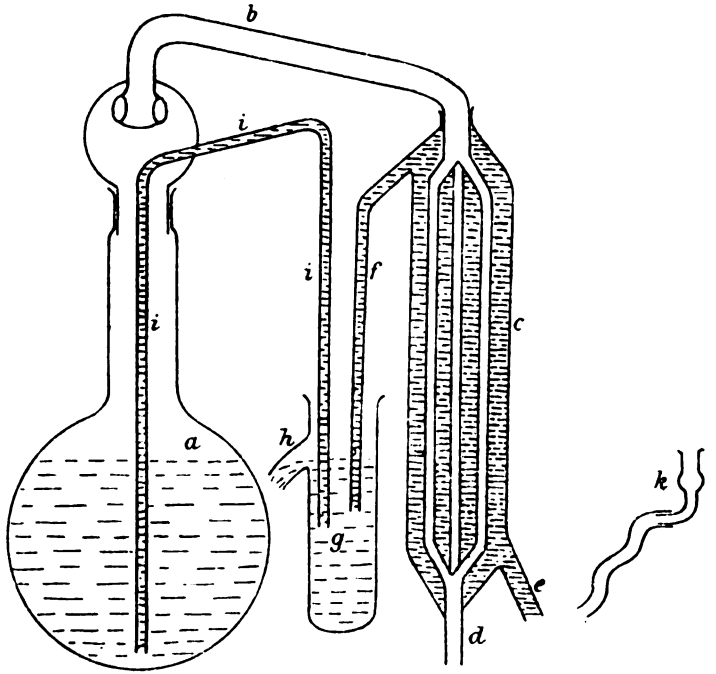
Beistehende Figur zeigt die Konstruktion des Apparates. Von dem Kochkolben a gehen die Wasserdämpfe durch die Leitung b und werden im Kühlrohr c kondensiert, so daß das destillierte Wasser durch die Öffnung d herausfließt. Das Kühlwasser steigt von der Öffnung e durch das Kühlrohr c in die Höhe und wird dabei von den in der inneren Leitung des Kühlrohres strömenden Wasserdämpfen erwärmt, fließt dann durch das Rohr f in den Behälter g hinab. Dieser Behälter füllt sich mit dem erwärmten Kühlwasser bis zum Abfluß h, durch welchen das überflüssige Wasser wegfließt. Das Niveau des Wassers im Behälter bleibt also immer in der Höhe mit dem Abfluß h. Vom Behälter g geht aber ein Heber i in den Kochkolben a hinein. Vor dem Beginn der Destillation, so bald das Kühlwasser den Behälter gefüllt hat, setzt man das Stückchen k mit dem Gummischlauch an der Öffnung d und macht durch Saugen eine schwache Luftverdünnung in dem Kochkolben a. Hierdurch geht das Wasser durch den Heber i von dem Behälter h in den Kochkolben a, welcher sich bis zum Niveau des Abflusses h des Behälters füllt. Da der Behälter höher und tiefer gestellt werden kann, so ist es möglich das Wasserniveau in dem Kochkolben nach Belieben zu ändern. Sobald der Kochkolben sich mit Wasser gefüllt hat, zündet man die Flamme an, und die Destillation setzt so lange fort, wie man wünscht. Das Wasser, welches durch Kochen aus dem Kochkolben weggeht, wird von dem durch den Heber i zufließenden Wasser ersetzt. Die Dampfblasen, die manchmal durch den Heber i in Richtung vom Kochkolben zum Behälter gehen, stören die Destillation nicht. Sie kommen im Anfang der Destillation ziemlich zahlreich vor, verschwinden aber nachher mehr und mehr.

[1]) Über die Ursachen der Reaktionserscheinungen nach Salvarsaninjektion. Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 1.

Digitized by Google

Später, im Herbst 1912, hat die Firma B. B. Cassel in Frankfurt a. M. einen ähnlichen Apparat in Handel gebracht, den ich aber nicht für geeignet halte. Hier wird nämlich das erwärmte Kühlwasser in den Behälter durch einen Gummischlauch geleitet, und da von diesem Behälter ein Teil in den Kochkolben zurückfließt, kann in den Kochkolben Stoffe, die das erwärmte Kühlwasser aus dem Gummischlauche auslöst, hineinkommen. Ich halte es nämlich für eine notwendige Bedingung, daß ein Destillationsapparat, der bei Salvarsaninjektionen angewandt werden soll, vollkommen aus Glas gemacht ist.

Mein Apparat ist ganz aus Jenaglas gemacht, so daß kein Blei oder andere Stoffe vom Wasser oder von den Wasserdämpfen ausgelöst werden können. Mit einem kräftigen Brenner destilliert der Apparat 1200 ccm Wasser jede Stunde. Der Apparat wird von der Firma Rudolph Grave in Stockholm gemacht und kostet ungefähr 25 M.



Von anderen unangenehmen Folgen des Salvarsans als die erwähnten Reaktionserscheinungen sind fünfmal Überempfindlichkeit mit Zyanose vorgekommen, zweimal ausgebreitete Erytheme, der eine Fall kombiniert mit gastrischen Symptomen, und einmal ist Urtikaria nach der Salvarsaninjektion aufgetreten.

Auch habe ich einmal A. Neissers und E. Hoffmanns Beobachtung, daß Patienten mit Stomatitis mercurialis kurz nach der intravenösen Salvarsaninjektion einen heftigen stechenden Schmerz im Zahnfleisch verspüren bestätigen können.

25jähriger Offizier, der vier Tage nach dem Ende einer kräftigen Hg-Behandlung eine Salvarsaninjektion 0,6 bekam. Die Injektion war noch nicht vollkommen beendet,

Digitized by Google

als der Patient über einen heftigen stechenden Schmerz im Zahnfleisch, sowohl des ganzen Ober- wie Unterkiefers klagte. Das Zahnfleisch war schmerzhaft und ein bißchen angeschwollen, zeigte aber keine Zeichen ausgebildeter Stomatitis. Die Schmerzen dauerten in Form von wiederholten Stichen einige Stunden, hörten dann allmählich auf.

Von Neurorezidiven habe ich unter meinen sämtlichen 259 Patienten nur drei Fälle.

Fall 1. 26jährige Kellnerin. 1. V. 1911 Exanthem. macul. papul. + pap. mucos. Salvarsan 0,4 2. V. und 20. V.; 23. V. symptomfrei. 9. VI. WaR. +++. Salvarsan 0,4 10. VI.; 29. VII. WaR. —. 8. IX. WaR. +++, beginnende Neuritis acustica. 19. IX. bis 5. X. Salizylas Hg 0,07 V + Salvarsan 0,4. Nachher Verbesserung. 12. XII. wieder verschlimmert. 13. XII. Salvarsan 0,4. 14. XII. bis 12. I. 1912 7 Injektionen von Merkuriol 0,10. 30. I. Neuritis optica oc. amb. Nachher mit intermittenten Quecksilberkuren behandelt. Die Symptome von Augen und Ohren haben sich allmählich, aber nur etwas verbessert.

Fall 2. 18jähriger Seemann. Syphilis Dezember 1910. Ohne Symptome aber mit WaR. +++ am 21. VIII. 1911 aufgenommen. 25. VIII. bis 3. X. Salvarsan 0,4 VIII. 5. X. und 12. XII. WaR. +++. Beginnende Symptome von Neuritis acustica. 19. XII. bis 2. I. 1912 Salvarsan 0,4 III. 5. I. WaR. ++. 10. I. bis 17. II. Salizyl. Hg 0,05 V + Merkuriol 0,10 VII. WaR. — 1. II., 19. II., 26. II., 13. IV., 15. V., 12. VIII. WaR. +++ Der Zustand hat sich fortwährend verbessert.

Fall 3. 26jähriger Schutzmann. 30. IX. 1911 Exanthem. macul. + pap. mucos. 3. X. bis 3. XI. Salvarsan 0,4 VIII. WaR. — 6. XI., 15. XII.; 22. I. 1912 Neuritis acustica sin., doch ziemlich unbedeutend, WaR. —. 23. III. WaR. +++, Zustand unverändert. 3. IV. bis 30. IV. Merkuriol 0,10 VI + Salvarsan 0,4 III. 9. IV. WaR. +++. 30. IV. WaR. +++ Zustand verbessert. 3. VII. WaR. —.

In diesen drei Fällen, wo Neurorezidive aufgetreten sind, haben also die Patienten positive WaR. gezeigt und also die Syphilis noch im Körper gehabt. Nur der erste Fall hat eine ziemlich schwere Neuritis acustica und optica erwiesen. Sie hat aber keine gute Behandlung erhalten. Die Injektionen sind nur zerstreut, nicht in einer Kur gegeben. Die beiden anderen, die eine starke Salvarsankur von 3,2 g bekommen haben, zeigten nur unbedeutende Symptome. In allen drei Fällen sind nach kombinierter Salvarsan-Hg-Behandlung eine Verbesserung eingetreten, wenn auch der erste schwere Fall sich nachher verschlimmert und sich sehr resistent gegen jede Behandlung gezeigt hat. Diese drei Fälle haben auch nicht im Primärstadium, sondern erst im ausgebildeten Sekundärstadium ihre Behandlung begonnen. Alle diejenigen Fälle aber, welche im Primärstadium oder in frischem Sekundärstadium mit meiner starken Salvarsan- oder kombinierten Salvarsan-Hg-Kur behandelt worden sind, haben gar keine Symptome von Neurorezidiven gezeigt.

Die mit Neosalvarsan, allein oder mit Hg kombiniert Behandelten, haben keine Symptome von Neurorezidiven dargeboten. In zwei Fällen haben wir aber unbedeutende Symptome von Polyneuritiden gesehen.

Digitized by Google

Fall 1. 29jähriger Seemann. Aufgenommen 17. V. 1912 mit Ulcera syphilit. faucium und WaR. +++. Nach 8 Neosalvarsaninjektionen, entspr. 7,3 g Salvarsan symptomfrei und mit WaR. — 3. VII. entlassen. — 27. IX. wieder aufgenommen wegen taubes Gefühl in den Händen und Füßen seit einem Monat. Status: Tremor in den Händen. An den Füßen und Händen herabgesetzter Tastsinn und Temperatursinn. Keine Patellarreflexe. Reflexe übrigens normal. Babinski negativ. Romberg schwach. Bei Lumbalpunktion normaler Leukozytengehalt, Nonne —, WaR. —, Druck normal. — Er gibt Abusus etyliens zu. — 14. X. unverändert entlassen.

Fall 2. 29jähriger Arbeiter. Aufgenommen 22. VII. 1912 mit Primäraffekt sklerodenit, roseal, pap. muc. scroti. 24. VII. bis 26. VIII. 8 Neosalvarsaninjektionen, entspr. insgesamt 6,5 g Salvarsan. Symptomfrei, aber mit WaR. +++ 28. VIII. entlassen. — 2. X. zeigte sich und klagte über taubes Gefühl in den Füßen. Stat. praes.: An der Planta pedis und der medialen Seite der Füße ist der Tastsinn und Muskelsinn etwas vermindert und der Temperatursinn bedeutend herabgesetzt. Unbedeutender Tremor in den Händen. Reflexe normal. P. hat unbehindert arbeiten können; hat keinen Alkohol getrunken.

Diese beiden Kranken haben also nur Neosalvarsan, nicht die kombinierte Neosalvarsan-Hg-Behandlung bekommen. Es scheint mir also, als wäre meine mit Hg kombinierte Salvarsan- resp. Neosalvarsanbehandlung in bezug auf Neurorezidive oder Polyneuritiden weniger gefährlich, als die nicht kombinierte. Da ich auch ein besseres Resultat mit meinen kombinierten Behandlungen erhalten habe, setze ich jetzt nur mit dieser Behandlung fort und habe mit der nicht kombinierten seit einigen Monaten aufgehört.

Selbstverständlich will ich nicht behaupten, daß die oben angegebene Kombination von Quecksilber und Salvarsan resp. Neosalvarsan die geeignetste oder beste ist, sondern unsere zukünftige größere Erfahrung muß uns lehren, in welcher Weise Quecksilber und Salvarsan resp. Neosalvarsan kombiniert werden soll, um den besten Erfolg der Syphilisbehandlung zu erreichen. Daß aber gerade die Kombination von Quecksilber und Salvarsan resp. Neosalvarsan einen bedeutenden therapeutischen Fortschritt repräsentiert, darüber stimme ich mit mehreren anderen Autoren überein. Ich teile auch vollständig die von Erich Hoffmann ausgesprochene Meinung, daß durch die kombinierte Quecksilber-Salvarsanbehandlung „die Syphilis als Volksseuche weit wirksamer und aussichtsvoller als bisher bekämpft werden kann". Die Bedeutung Prostituierte in dieser Weise zu behandeln wäre ohne Zweifel sehr groß.

Selbstverständlich kann man nach dem Schluß der Abortivbehandlung nicht sicher sein, daß die Fälle geheilt sind, sondern muß sie mit Blutuntersuchungen nachprüfen. Nur nach während einiger Jahre wiederholter negativer WaR. hat man die Wahrscheinlichkeit, daß ein Fall geheilt ist.

Digitized by Google

Aber auch nach durchgeführter dreijähriger chronisch intermittierender Behandlung ist es nicht ganz sicher, daß ein Fall geheilt ist, sondern wenn man solche Patienten untersucht, trifft man ab und zu Fälle mit positiver WaR. Von Patienten, welche in meiner Privatpraxis einer dreijährigen chronisch intermittenten Hg-Behandlung unterworfen worden sind, habe ich 15 untersucht und von diesen zeigten 4 positive WaR. Die Wahrscheinlichkeit, einen frischen Fall von Syphilis durch die kombinierte Quecksilber-Salvarsanbehandlung heilen zu können, finde ich infolgedessen wenigstens so groß, wie bei der alten chronisch intermittierenden Quecksilberbehandlung.

Feuilleton.

Die ethischen Wirkungen der Reglementierung.

Von

Katharina Scheven, Dresden.

Vortrag, gehalten im Hamburg-Altonaer Zweigverein der Internationalen Abolitionistischen Föderation im Anschluß an ein Referat von Fräulein Pappritz, über „Die wirtschaftlichen Ursachen der Prostitution".

(Schluß.)

Das System der Reglementierung demoralisiert alle, die mit ihm in Berührung kommen; nicht nur die Prostituierten, sondern auch die Beamten, die es handhaben, die Ärzte, die ihm dienen und, last not least, die Männer, zu deren Schutz es erfunden ist.

Durch meine Beziehungen zur Dresdner Sittenpolizei und meine praktische Arbeit unter den geheimen Prostituierten habe ich bemerkt, wie sehr es die subalternen Beamten zum Mißbrauch der ihnen anvertrauten diskretionären Gewalt herausfordert. Man wird von ehemaligen Unteroffizieren keinen besonders feinen Takt erwarten dürfen, aber man darf eben in die Hände solcher Leute keine diskretionäre Gewalt gegenüber hilf- und rechtlosen jungen Mädchen legen. Ich bin Zeugin mancher heißen Träne gewesen, die von geheimen Prostituierten im Stillen ob der ihnen angetanen Schmach vergossen wurde. Die rohen und gemeinen Reden, die bei den Vorladungen und Verhören geführt worden waren, schämten sich die Mädchen mir zu wiederholen. Der Verkehr mit den geduldeten Kupplern und Bordellwirten hat auch ganz naturgemäß die Korruption vieler subalterner Beamter zur Folge. In Frankreich blüht das Bestechungswesen, und es ist allgemein bekannt, daß alle Organe der Polizei, vom höchsten bis zum niedrigsten Grade, freien Eintritt in den öffentlichen Häusern haben. Die Franzosen sind uns in schonungsloser Selbstkritik weit voraus. Obgleich in Deutschland auch oft genug derartige Affären ans Licht kommen und durch die Presse gehen, so riskiert man doch, wenn man auf diese Dinge anspielt, daß einem wegen Beamtenbeleidigung der Prozeß gemacht wird. Mir wäre es beinahe einmal so gegangen, da ich auf einem Kongreß auf diesen Übelstand aufmerksam gemacht hatte. Ein süddeutscher Bürgermeister fühlte sich im

Digitized by Google

Geiste seiner Angestellten beleidigt und wollte mich verklagen, wie mir später erzählt wurde; da stand am nächsten Morgen eine sehr schmutzige Bestechungsgeschichte aus seiner eignen Stadt in allen Zeitungen, und daraufhin schwieg er. Das System demoralisiert auch die Ärzte. Es zwingt sie, ihre hohe und herrliche Wissenschaft dazu zu erniedrigen, an menschlichen Wesen die Tauglichkeit zum Unzuchtsbetrieb festzustellen. Sie sinken dadurch zu Handlangern eines unmoralischen Polizeisystems herab. Wie erniedrigend diese Tätigkeit eigentlich ist, merken die Herren erst, wenn sie ins Bordell selbst verlegt werden soll. Als in Holland in der kleinen Stadt Harderwyk vor Jahren ein Bordell eröffnet werden sollte, fand sich kein Arzt, der die Überwachung in diesem Hause übernehmen wollte, und die hin und wieder auftauchende Forderung, auch die Besucher bei ihrem Eintritt ins Bordell durch einen Arzt untersuchen zu lassen, wird im allgemeinen als eine Beleidigung des Ärztestandes zurückgewiesen. Das System hat noch eine weitere sehr üble Folge gezeitigt. Es fördert das abscheulichste Denunziationswesen. In breiten Schichten ist eine Denunziation auf der Sittenpolizei eine beliebte Art und Weise, Rache an einem armen Mädchen zu nehmen. Mir sind verschiedene Fälle vorgekommen, wo unschuldige Mädchen die ganze Unbill des Systems mit Arrest und Zwangsuntersuchung zu erdulden hatten. Es ist auch keine Seltenheit, daß die Mädchen von den Männern selbst, mit denen sie verkehrt hatten, denunziert werden, z. B. aus Eifersucht, oder wenn sie die Mädchen los sein wollen. Zu solch unaussprechlicher Gemeinheit führt das System in seinen Konsequenzen. Erst vor kurzem wurde in Dresden eine mir bekannte kleine Stenotypistin von ihrem Quasi-Bräutigam auf der Sittenpolizei denunziert, weil, wie der betreffende Herr sehr naiv erklärte, er habe herausbringen wollen, ob das Mädchen noch andere Herrenbekanntschaften habe. Zu einer derartigen Behandlung der Weiblichkeit halten sich die Männer bei uns für berechtigt, gerade infolge der Reglementierung. Da das junge Mädchen auf der Polizei sehr kränkend behandelt worden war, beklagte ich mich persönlich beim Chef der Sittenpolizei, der den falschen Denunzianten daraufhin dem Staatsanwalt auslieferte und dem betreffenden Beamten eine Rüge zu erteilen versprach. Wenn das aber nicht gerade ein mir bekanntes Mädchen war und ich selbst mich der Sache nicht angenommen hätte, so blieb die Beleidigung ungestraft. Daß dieser dem System anhaftende Krebsschaden auch nicht durch die Anstellung von Polizeiassistentinnen zu beseitigen ist, hat der Schapier-Prozeß in Mainz und Darmstadt gezeigt. Dieser Prozeß hat deutlich dargetan, daß das Reglementierungssystem einfach unverbesserlich ist. Jede Reform, die in seinen Organismus eingefügt wird, wie eben die Tätigkeit einer Polizeiassistentin, läuft Gefahr, durch die antisozialen Tendenzen des Systems verderblich beeinflußt und so ihrem Zweck zum Teil entfremdet zu werden. Nur zu leicht erfolgt eine Umschmelzung der Fürsorgebeamtin in eine Sittenpolizeibeamtin; wo aber die betreffende Persönlichkeit diesem Geiste bewußt widerstrebt, wie in Stuttgart, erweist sich ihre Stellung als unhaltbar. Es gehört gegenwärtig ein ungeheures Maß von Takt und Diplomatie dazu, diese Tätigkeit zugleich zur Zufriedenheit der Vorgesetzten und im Sinne einheitlicher Moral durchzuführen. Erst nach Abschaffung des Systems, auf neugeschaffener gesetzlicher Grundlage, wie sie die Föderation fordert, im Anschluß an die Jugendgerichtshilfe und im Rahmen eines Systems von vernünftigen sozialen, volkshygienischen Maßnahmen wird die Tätigkeit einer Polizeiassistentin sich in absolut widerspruchsloser, würdiger Form entwickeln können.

Wenn schon die Reglementierung sich als ein durchaus unethisches, demoralisierendes und antisoziales Prinzip erweist in bezug auf alle diejenigen, die ihm unterworfen und mit seiner Handhabung betraut sind, so ist die unethische Wirkung, die von ihr ganz im allgemeinen auf die Männerwelt und das gesamte Volksgewissen aus-

Digitized by Google

geht, doch noch viel verhängnisvoller. In Deutschland, wo das System schon seit über 100 Jahren in Anwendung ist, ist man sich dessen in weiten Kreisen unseres Volkes gar nicht klar und deutlich bewußt. Man nimmt es hin als etwas, das immer so gegewesen ist und nicht anders sein kann. In England hingegen, wo das System in den sechziger Jahren des 19. Jahrhunderts erst eingeführt wurde, durch eine Parlamentsakte, die der öffentlichen Kritik unterlag, begriff man sofort, daß diese Maßregel nicht nur ein gesetzwidriger Eingriff in die bürgerlichen Rechte des weiblichen Geschlechtes sei, sondern auch unvereinbar mit der Würde eines christlichen Staates. Aus religiös-sittlichen Gesichtspunkten erwuchs dort die abolitionistische Bewegung, und der Gedanke, daß es erniedrigend für ein Volk sei, wenn es den Staat zum Hüter und Wächter des Lasters degradiere, führte der Föderation die meisten Anhänger zu. Bei ihrer weiteren Ausbreitung auf dem Kontinent hat die Föderation jedoch mit großer Klugheit vermieden, den religiösen Gesichtspunkt in der öffentlichen Propaganda stark zu betonen. Sie wollte alle Kreise ohne Rücksicht auf das politische und religiöse Glaubensbekenntnis erfassen, denn alle Kreise sind in gleicher Weise interessiert an dem Fortschritt der sittlichen Kultur, an der Hebung und Veredlung der geschlechtlichen Beziehungen. Dem Fortschritt unserer sittlichen Kultur aber steht das Reglementierungssystem als eins der größten Hindernisse im Wege. Wie demoralisierend es in praktischer Hinsicht wirkt, habe ich schon nachgewiesen. Es ist aber auch in theoretischer Hinsicht als die öffentliche Stabilierung einer zweifachen Moral und eines zweifachen Rechtes für Mann und Weib eine der Hauptursachen der Verkümmerung unserer sittlichen Kultur. Ohne die Anerkennung des Prinzips der Freiheit und Würde der einzelnen menschlichen Persönlichkeit in allen Gliedern der Gesellschaft gibt es keine wahre Sittlichkeit. Immanuel Kant, unser größter deutscher Denker und Sittenlehrer, stellt dieses Prinzip als höchstes Gesetz unserer praktischen Vernunft, d. h. unseres praktisch-sittlichen Handelns, auf in dem wundervollen Satz: „Handle so, daß du die Menschheit in dir selbst und in der Person jedes andern stets als Zweck, aber niemals bloß als Mittel brauchst.“ Dieses sittliche Gebot ist zwar in der Wirkung identisch mit der christlichen Lehre von dem unendlichen Wert der einzelnen Menschenseele, macht aber nicht die Prätension, geoffenbarte Weisheit sein zu wollen. Es enthält keine auf ein überirdisches Jenseits deutende Verpflichtung, sondern es ist lediglich aus unserer nach sittlicher Vervollkommnung strebenden und sittlicher Größe fähigen Menschennatur abgeleitet. Es kann deshalb auch von denen angenommen werden, die nicht an eine transzendente Bestimmung des Menschen glauben. Mit diesem höchsten Maßstab gemessen ist zwar jeder Geschlechtsverkehr ohne Liebe als unsittlich zu bewerten, gleichviel ob in oder außer der Ehe — denn bei jedem Verkehr ohne Liebe wird die Persönlichkeit des Partners negiert und zum bloßen Genußobjekt herabgewürdigt — aber ganz kraß tritt diese Tatsache zutage in der staatlich reglementierten Prostitution. Der Staat, der die Sittlichkeit zu schützen vorgibt, tritt mit dieser Ordnung der Dinge das höchste Gebot menschlicher Sittlichkeit selbst mit Füßen. Von der Erniedrigung der menschlichen Persönlichkeit in der Frau in den offiziell geduldeten Bordellen, lassen Sie mich schweigen. Sie ist bekannt. Wer aber denkt daran, daß sich auch der Mann schmachvoll erniedrigt, der sich dieser Unglücklichen bedient, daß er bei diesem Akt die Menschheit in seiner Person sowohl, als in der Person des gekauften Weibes zum Werkzeug seiner Lust herabwürdigt? Die Reglementierung verleiht ihm hierzu das scheinbare Recht, und man braucht sich nicht zu wundern, wenn der junge Mann, der unaufgeklärt ins Leben tritt, diese Einrichtung des Staates dahin auslegt, daß die käufliche Befriedigung des Geschlechtstriebes für den Mann etwas Normales und Erlaubtes sei, etwas, das völlig jenseits von gut und böse liegt. Sein sexuelles Verantwortlichkeitsgefühl wird hierdurch schon in früher Jugend

Digitized by Google

abgestumpft und der Grund gelegt zu einer Vergiftung der geschlechtlichen Beziehungen überhaupt. Diese Auffassung ist schuld an der Gewissenlosigkeit, mit der die weibliche Jugend verführt und mißbraucht wird, schuld an der Skrupellosigkeit, mit der der uneheliche Vater sich durchschnittlich von seinem eigenen Fleisch und Blut abwendet, schuld auch an der unwürdigen Stellung, die die Frau noch vielfach in der Ehe einnimmt. Auch in der Ehe fühlt sich der Mann noch oft als der Besitzer seiner Frau, die kein Recht haben soll, ihm ihren Körper zu versagen. Und daß auch in dem ehelichen Verhältnis sich nur zu oft die traurigen Spuren der in der Jugend verrohten Auffassung der Geschlechtsliebe erkennen lassen, davon wüßten zahllose Frauen viel Trauriges zu erzählen, aber nur selten dringt von diesem namenlosen Leid etwas in die Öffentlichkeit. Das Schlimmste aber ist, daß bis in das verheiratete Leben hinein sich bei vielen Männern die in der Jugend gepflegten lasterhaften Gewohnheiten erstrecken. Es ist bekannt, daß gerade geschlossene Häuser sehr viel von Ehemännern besucht werden, da sie sich dort nicht der Gefahr einer Alimentenklage aussetzen. Als vor einigen Jahren die Stadtverwaltung von Leyden in Holland die Bordelle aufzuheben beabsichtigte, wandte sie sich an die Universitätsprofessoren um ein Gutachten in dieser Frage. Es fiel negativ aus, mit der Begründung, daß man die Gesundheit zahlreicher Ehefrauen kompromittieren würde, wenn man die sanitätspolizeiliche Kontrolle in diesen Häusern aufhöbe. Man ist inzwischen in Holland doch zu der Überzeugung gelangt, daß es nicht Pflicht des Staates sein kann, seinen Bürgern Gefahrlosigkeit im Umgang mit der Prostitution zu garantieren und hat die Reglementierung aufgehoben. Auch bei uns in Deutschland kann man sich nicht mehr auf lange dieser Einsicht verschließen. Der sozialpolitische Fortschritt wird und muß endlich auch einmal mit dieser alten Zwingburg aufräumen, deren Grundfesten von der modernen Medizin und Sozialwissenschaft schon gründlich erschüttert sind. Man wird dazu kommen müssen, neue gesetzliche Grundlagen zu schaffen, vielleicht nach dem Vorbild des dänischen Gesetzes, das die Prostitution selbst nicht mehr als Delikt anerkennt, nicht mehr reglementiert und diese Erscheinung so lange ignoriert, als sie nicht den öffentlichen Anstand und die öffentliche Gesundheit gefährdet. Dieses Gesetz macht keinen Unterschied zwischen Mann und Weib, hiernach gibt es in Dänemark keine Prostituiertenkaste mehr. Es versucht indirekt einzuwirken, indem alle die Elemente, die der Prostitution Beihilfe leisten und von ihrer Ausbeutung leben: Kuppler, Zuhälter und Mädchenhändler scharf herangezogen werden. Zwar gilt das einfache Vermieten von Räumen zu Unzuchtszwecken noch nicht als Kuppelei, sondern nur dann, wenn der betreffende Vermieter durch unverhältnismäßig hohe Mietpreise an der Ausbeutung des Gewerbes teilnimmt. Außerdem sind in Dänemark die Bordelle ausdrücklich aufgehoben und verboten. Hiermit ist der Auswucherung der der Prostitution verfallenen weiblichen Wesen ein starker Riegel vorgeschoben. In allen reglementierten Ländern ist aber gerade die Zwangslage, in der sich diese Mädchen ihren Wirten gegenüber befinden, eine der Hauptursachen ihrer dauernden Fesselung an das Lasterleben. Das dänische Gesetz hat in diesen Punkten verwirklicht, was die Föderation schon seit langen Jahren erstrebt. Daß die Geschlechtskrankheiten in dem Zeitraum seit seiner Einführung 1906 sich nicht verschlimmert haben, läßt sich bereits statistisch nachweisen. Dasselbe gilt von Norwegen, wo die staatliche Kontrolle bereits 1881 aufgehoben wurde, und diese Statistiken dürfen wissenschaftlichen Wert für sich beanspruchen, da diese beiden Länder seit Jahren auf Grund der öffentlichen Anzeigepflicht bei Geschlechtskrankheiten (ohne Namennennung) über sicheres, statistisch brauchbares Material verfügen. Diese Statistiken[1]) beweisen, daß

[1]) Siehe N. Jahrgang 1912 des „Abolitionist". Verlag von K. Scheven, Dresden.

Digitized by Google

die Geschlechtskrankheiten von ganz anderen Faktoren in viel höherem Maße beeinflußt werden, als von der Untersuchung einer Anzahl polizeibekannter oder polizeilich aufgegriffener Dirnen, die im besten Falle doch nur eine sehr oberflächliche sein kann und nicht die radikale Heilung der krank befundenen Elemente zur Folge hat. Wir deutschen Abolitionisten leugnen ja, wenn wir auch die Reglementierung als ein unsittliches Prinzip bekämpfen, durchaus nicht, daß der Staat die Pflicht hat, die öffentliche Gesundheit gegen die mit dem wilden Geschlechtsverkehr verknüpfte sanitäre Gefahr zu schützen. Wir stellen nur in Abrede, daß die Reglementierung ein geeignetes Mittel hierzu sei. Die Gefahren des außerehelichen Verkehrs bekämpft man am besten, indem man diesen selbst einzuschränken sucht, die Reglementierung aber befördert und erleichtert ihn durch Schaffung von Gelegenheit, durch Niederreißen der sittlichen Schranken und der hygienischen Skrupel im Bewußtsein unserer Männerwelt. Was wir an ihre Stellen setzen wollen, ist ein System von gesetzlichen, prophylaktischen, sozialen und erzieherischen Maßnahmen, wodurch einerseits das Angebot eingedämmt, andererseits aber auch die Nachfrage beschränkt werden soll. Wir machen der Reglementierung den Vorwurf, daß sie nur das Angebot im Auge hat, die Nachfrage aber völlig aus dem Spiele läßt. Ja es wird Ihnen sogar aus meiner Darstellung klar geworden sein, daß sie die Tendenz hat, die Nachfrage zu steigern durch die dem Manne gewährte Verantwortungslosigkeit und scheinbare Sicherheit im außerehelichen Geschlechtsverkehr. Alle Maßregeln aber, die in der Prostitutionsfrage nur auf das Angebot des Weibes abzielen, die Nachfrage des Mannes aber außer acht lassen, sind von jeher steril gewesen und sind in alle Ewigkeit zur Unfruchtbarkeit verurteilt. Die Prostitution ist für den Mann und um des Mannes willen da; er als der wirtschaftlich Stärkere schafft das Angebot auf den Markt der Prostitution. In dem Maße, wie sie weniger gesucht und gebraucht wird, nimmt sie ab. Die Föderation hat es deshalb als ihre vornehmste Aufgabe erkannt, ein neues Sittlichkeitsideal für die Erziehung unserer männlichen Jugend aufzustellen und die Eltern und Erzieher unseres Volkes zu beeinflussen, daß sie auf diesem Gebiet durch Stählung des Willens, Erziehung zur Selbstzucht und Schärfung des Verantwortlichkeitsgefühls einen neuen Ehrenkodex für den jungen Mann schaffen hilft. Was nützen uns aber alle diese Bemühungen, was nützt uns die sexuell sittliche Belehrung in den Schulen, wenn der Staat in seinen offiziell geduldeten Bordellen Schulen des Lasters, der geschlechtlichen Perversitäten und der zynischen Mißachtung des Weibes bereithält, in der jede junge männliche Generation ihre Reinheit, ihren Idealismus, ihre Achtung vor der Frau zu verlieren Gefahr läuft? Wem es ernstlich zu tun ist um den sozialen und sittlichen Fortschritt unseres deutschen Vaterlandes, das, rings von Feinden umgeben, nur auf seine physische und moralische Kraft und Gesundheit sich verlassen kann, der sollte uns helfen, diesen schlimmen Schandfleck unserer sittlichen Kultur, die Reglementierung der Prostitution, zu beseitigen!

Fachzeitschriften.

Revista española de Dermatologia y sifiliografia.

14. Jahrgang. November 1912.

Radiumbehandlung des Narbenkeloids, schlechter und eingesunkener Narben sowie der Keloidakne des Nackens, von Leopoldo Rodriguez F. Sierra. Die besten Resultate gibt die Radiumbehandlung beim Narbenkeloid. Die Sitzungen sollen 2 und mehr Stunden dauern. Es wird ein Bleifilter von 2 Millimeter Dicke angewandt. Bei

Digitized by Google

eingesunkenen Narben dürfen nur Sitzungen von einer Viertelstunde ohne Filter in zweitägigen Intervallen vorgenommen werden. Beim Nackenkeloid müssen starke und lange Applikationen erfolgen (3 Stunden ohne Filter).

Die Injektionen von grauem Öl und von unlöslichen Quecksilbersalzen in der Behandlung der Syphilis, von Felix Domingo. Der Verfasser bespricht Injektionstechnik und spezielle Indikationen des Kalomels, des grauen Öls und des Salizylquecksilbers.

Diagnose und Behandlung der Urinvergiftung, von Enrique Perez-Grande. Unter dieser Rubrik faßt P. das Urinfieber der Stein- und Strikturkranken, sowie der Prostatiker zusammen. Er unterscheidet eine akute, in einzelnen Anfällen auftretende Form und die chronische Urinkachexie und gibt allgemeine Regeln, wie die Behandlung der einzelnen Formen vor sich gehen soll.

Einige Betrachtungen über den jetzigen Stand des Salvarsans in der Syphilisbehandlung, von Jose Quintana Duque. A. Gunsett-Straßburg

Revue clinique d'Urologie.

September 1912.

1. Urethroplastik mittels Schleimhaut, von J. Tanton. Nach einer kurzen Besprechung der verschiedenen Versuche der Urethralplastik bringt Tanton ausführlich die Krankengeschichte seines Patienten. Der 34jährige Mann hatte infolge mehrfacher Tripperinfektionen multiple enge Strikturen. Bei deren Behandlung bildete sich eine penoskrotale Fistel aus, während der vordere Teil der Harnröhre vollständig verödete. Die Operation wurde nun in folgender Weise ausgeführt. Zuerst wurde der Urin durch eine perineale Fistel abgeleitet; dann wurde die obliterierte Harnröhre exzidiert, hierauf wurde ein bei einer Kolpoperineorraphie gewonnenes Stück Vaginalschleimhaut um eine Sonde gelegt, zusammengenäht und schließlich an die Stelle der alten Harnröhre gebracht und mit dem zentralen Stumpfe vereinigt. Es entwickelte sich zwar an der Vereinigungsstelle eine Fistel, die aber bald geschlossen wurde, so daß schließlich auch die perineale Öffnung durch Naht vereinigt werden konnte. Der Kranke wurde natürlich mit Dilatationen weiter behandelt und ist seit 4 Monaten geheilt.

2. Verletzungen der Blasenschleimhaut bei Abtreibungsversuchen, von E. Frank-Berlin. Der Verfasser bringt die Krankengeschichte von 5 Frauen, die sich in der Absicht der Fruchtabtreibung spitze Instrumente eingeführt und dabei die Blasenschleimhaut perforiert hatten. Die Beschwerden, die die Kranken zum Arzte geführt hatten, bestanden in Harndrang, Schmerzen beim Urinieren, sowie Hämat- und Pyurie. Zystoskopisch fand man leicht blutende, stark eitrig belegte Ulzerationen, die von einem starken Gefäßnetze umgeben waren. In der Umgebung fand man Gruppen kleiner, oberflächlicher Substanzverluste, die wie Nadelstiche aussahen. Diese Läsionen liegen meistens unterhalb des Ligamentum interureterale, gewöhnlich in der Medianlinie. Seltener an den Seitenteilen der Blase.

Verfasser bringt dann noch die Krankengeschichte zweier Männer, bei denen eine ähnliche Verletzung durch einen masturbatorischen Akt bzw. durch einen therapeutischen Eingriff erfolgt war.

3. Die Ableitung des Urins bei Urethralfisteln, plastischen Operationen der Urethra und bei phagedänischen Geschwüren, von M. B. N. Cholzoff. Die Erfolge bei den beiden genannten Operationen sind nicht sehr günstig, da die beiden Bedingungen für eine „prima intentio", Ruhe und Asepsis der Wunde, schwer zu erfüllen sind. Die Dauersonde, die gewöhnlich zu diesem Zwecke eingelegt wird, wird ihrer Aufgabe nicht ganz gerecht und wirkt ihrerseits reizend auf die Wunde. Deshalb

Digitized by Google

bedient sich Verfasser seit mehreren Jahren mit bestem Erfolge der Ableitung des Urins durch eine Fistel. Diese wird je nach dem Falle und der Lage des Operationsfeldes an irgend einer Stelle der Harnröhre oder auch an der Blase angelegt. Bei multiplen und stark eiterigen Fisteln kommt nur die Ableitung durch die Blase in Betracht. Bei phagedänischen und gangränösen Geschwüren wird die Behandlung durch eine Perinealfistel bedeutend erleichtert.

4. Ein Fall von Prostatastein, von Cochez-Algier. Ein 47jähriger Patient mit einer exquisit tuberkulösen Anamnese klagte seit $1^1/_2$ Jahren über häufigen Harndrang, schmerzhafte Miktionen und Eiterbeimengung im Urin. Diese Symptome haben stets an Intensität zugenommen und schließlich zu kontinuierlichem Harnträufeln geführt. Bei der Untersuchung gelang es nicht eine Sonde in die Blase einzuführen; vom Rektum aus fühlte man an Stelle der Prostata einen harten, beweglichen Körper, und das Röntgenbild zeigte einen medianen subpubischen Schatten. Damit stand die Diagnosa Prostatastein fest, und dieser wurde auf perinealem Wege aus der atrophischen Prostata herausgeholt. Der Stein war 36 g schwer, 7,6 : 2,8 cm groß und lag zu $^1/_4$ innerhalb der Blase; er weist eine regelmäßige Rinne auf, durch die der Harn abfloß. Der Patient wurde durch die Operation bedeutend gebessert.

5. Über Urethralsteine, von Britneff. Verfasser hat das chirurgische Material der letzten 10 Jahre des Krankenhauses in Smolensk auf Steine der Harnröhre untersucht. Diese sind sehr selten; sie bilden nur 0,82 % der Affektionen der Harnwege, 0,29 % der Urogenitalleiden und 0,03 % aller Aufgenommenen. Die primären Steine der Urethra sind sehr selten; Verfasser konnte unter 27 Fällen nur 2 finden; einer davon lag in einem paraurethralen Gange. Die 27 Fälle betrafen ausschließlich Männer. Die Steine bestanden meistens aus Phosphaten und lagen zum größten Teile in der Pars cavernosa. Die Beschwerden der Kranken bestanden hauptsächlich in Miktionserschwerung, Harnträufeln oder Retention. Ein Todesfall war zu verzeichnen.

Richard Frühwald-Leipzig.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band XII, Nr. 10.

Protrusion des Augapfels als Symptom chronischer Nephritis, von Isaac J. K. Golden-Chicago.

Klinische Erfolge durch flüssige Luft, von Theodore Chapin Beebe-Boston. Krankheitsgeschichten von Fällen von Hautkrebsen, Lupus erythematosus und vulgaris, Knochentuberkulose, Warzen und Fibromen zeigen die Überlegenheit der Behandlung mit flüssiger Luft gegenüber anderen therapeutischen Eingriffen.

Über den Eunuchoidismus, von B. Onuf-Amityville. (Fortsetzung folgt.)

Die Kutanreaktion der Syphilis, von Julian Mast Wolfsohn-San Francisco. Die Luetinreaktion ist für Syphilis spezifisch; die Reaktion ist von großem Wert bei latenter und tertiärer Syphilis.

Kosmetik für Kinder, von G. Norman Meachen-London. Bekanntes.

Schourp-Danzig.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band 24, August 1912.

1. Ein Fall von Pendinschem Geschwür, von Boruchowitsch. Der aus Turkestan gebürtige neunjährige Knabe wies auf der Stirn ein mit einer Borke belegtes

Digitized by Google

Geschwür auf, welches an ein Ulcus durum erinnerte. Die lange Dauer des Geschwürs, die Angabe des Kranken, daß seine Eltern ebensolche Geschwüre hätten, klärten die Diagnose. Unter der Behandlung mit reinem Ichthyol verheilte das Geschwür.

2. Über die Behandlung der Rose mit Ichthyolkollodium, von Oksenow. Verfasser rühmt an der Hand einiger Fälle die günstige Wirkung des Ichthyolkollodiums (10—20%) beim Erysipel.

3. Ein Fall von verstümmelnder gummöser Syphilis, von Meschtscherski. Bei dem am 27. März 1911 von M. in der Moskauer venerologisch-dermatologischen Gesellschaft vorgestellten Fall (cf. diese Monatsh., Bd. 52, S. 513) handelte es sich um schwere Entstellungen beider oberen Extremitäten, besonders aber der rechten durch gummös-syphilitische Prozesse. Der unter einem Winkel von etwa 70° ankylosierte rechte Unterarm ist ganz unbeweglich und so abgemagert, daß er buchstäblich nur aus Haut und Knochen besteht. Die durch Stauung ödematöse rechte Hand hängt fast unter einem rechten Winkel unbeweglich herab und ist bedeckt mit tiefen gummösen Geschwüren auf der narbig veränderten Haut. Der unter einem Winkel von 45° im Ellenbogengelenk kontrahierte linke Unterarm weist tiefe zerfallene, gummöse Geschwüre auf. Die Knochen zeigten auf dem Radiogramm keine strukturellen Veränderungen.

4. Zur Frage der Paraurethritis bei Frauen, von Bogrow. Bei einer 25jährigen Frau, welche als 8jähriges Mädchen, infolge Ansteckung durch die Bonne an einem eitrigen Ausfluß aus der Harnröhre, der viel Behandlungen erfordert hatte, erkrankt war, bekam am zweiten Tage nach der Verheiratung einen eitrigen Ausfluß aus der Harnröhre. Erst mehrfache Untersuchungen ergaben das Vorhandensein eines links und hinten von der Urethra liegenden blinden, paraurethralen Ganges, in welchen die Sonde $1^1/_2$ cm eindrang und aus dem sich ein spärliches gonokokkenenthaltendes Sekret ausdrücken ließ. Zur Behandlung wurden Einspritzungen mittels einer von den Zahnärzten für Injektionen in die Zahnhöhle benutzten Spritze verordnet. Arth. Jordan-Moskau.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band 14, Nr. 2.

Über die sogenannte „Page Bill" des Staates New York, von Frederic Bierhoff-New York. Die nach dem Staatssenator R. Page benannte Bill vom 25. Juni 1909 enthält ein Gesetz für die Etablierung eines Nachtgerichts für Frauen, ein Gesetz für die Identifizierung der Prostituierten durch Fingerabdrücke, sowie Anordnungen für die ärztliche Untersuchung überführter Prostituierten. Die „Page Bill" ist jetzt für verfassungswidrig erklärt worden.

Aus dem Sexualleben der russisch-jüdischen Studentenschaft, von Jakob Lestzinsky-Zürich.

Das neue Wiener Prostitutionsreglement vom 1. Juni 1911.

Schourp-Danzig.

Bücherbesprechungen.

Der **Medizinal-Kalender,** herausgegeben von Geheimrat Dr. Schlegtendal, ist in seinem 64. Jahrgange für 1913 soeben im Verlage von August Hirschwald in Berlin vollständig erschienen. Der erste Teil enthält, neu ergänzt, alle für die ärztliche Praxis notwendigen Notizen, und ist hier die neue Bearbeitung der für den Arzt so wertvollen

Digitized by Google

Rezepturangaben als wichtigste Bereicherung hervorzuheben. Dieser erste Teil erscheint wegen der Klagen über seinen immer wachsenden Umfang jetzt geteilt, und zwar das Kalendarium in zwei Halbjahrsheften in flexiblem Einband, der Text in zwei Beiheften. Dieselben sind in jeder Tasche leicht unterzubringen. Der zweite Teil bringt die Personal-Verzeichnisse der Ärzte und Apotheker des gesamten Deutschen Reiches. Die Reichhaltigkeit und Zuverlässigkeit des Inhalts, sowie die neue Ausstattung werden diesem Medizinal-Kalender wieder große Verbreitung unter den deutschen Ärzten verschaffen.

Es genügt daher, wenn wir die Freunde des sattsam bekannten und vielen geradezu unentbehrlichen Kalenders aufmerksam auf den neuesten Jahrgang machen.

Die Redaktion.

Technik der Diagnose, Operation und Harnleiterbehandlung bei Nierentuberkulose, von Felix Schlagintweit. (Lehmanns Verlag, München 1912.) Bei der Wichtigkeit dieser so oft verkannten oder zu spät erkannten und doch ohne allzu große Schwierigkeiten erkennbaren Krankheit, welche in den meisten Fällen durch eine rechtzeitig vorgenommene Operation geheilt werden kann, ist es zu begrüßen, daß einmal von berufener Seite alles über dieselbe Wissenswerte in gedrängter Kürze, aber doch ausführlich genug, geschildert wurde. Für den Praktiker, der nicht Chirurg ist, ist vor allem der Abschnitt, welcher die Diagnose behandelt, von Bedeutung, und gerade diesen Abschnitt hat S. mit besonderer Sorgfalt bearbeitet. Er berichtet an der Hand des Vordrucks der in seiner Klinik gebräuchlichen Ureterenkatheterismusprotokolle über den genauen Gang und die Details der ganzen Untersuchung und Diagnosenstellung in eingehender Weise. Aber auch die rein operativen Abschnitte bieten des Interessanten genug, so besonders das Kapitel über die Versorgung des zurückgelassenen Ureters, den S. womöglich an die Haut anzunähen rät. A. Gunsett-Straßburg.

Handbuch der dermo-syphilopathischen Pathologie und Therapie zum Gebrauche von Ärzten und Studenten. Band I, Teil I, Venerische Erkrankungen, von V. D. Amato. (Salvatori und Dossena, Rom 1913.) Das vorliegende Buch behandelt die Blennorrhöe und das Ulcus molle und ist als erster Teil eines umfassenden Handbuchs gedacht. Als weitere Abschnitte werden die syphilitischen und Hautkrankheiten folgen. Das Werk ist besonders zum praktischen Gebrauch bestimmt, infolgedessen ist auch der Hauptwert auf die Therapie gelegt, wenn auch die anatomischen und biologischen Grundlagen, soweit sie zum Verständis der einzelnen Erkrankung nötig sind, nicht vernachlässigt werden. Auf Abbildungen hat der Verfasser größtenteils verzichtet und rät zum gleichzeitigen Gebrauch eines Atlanten. In einem Anhang dieses ersten Bandes werden noch die plastische Induration des Penis, die Phimose, das Molluscum contagiosum und die Prostatahypertrophie behandelt. A. Gunsett-Straßburg.

Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte, von E. Kromayer-Berlin. (Vierte verbesserte Auflage. Mit 31 Abbildungen im Text. Jena, 1912, Gustav Fischer.) Die neue Auflage weist entsprechend den Fortschritten der Dermatologie zahlreiche kleine Änderungen auf; das Kapitel über die Behandlung der Syphilis hat eine wohl hauptsächlich durch die Einführung des Salvarsans veranlaßte Neubearbeitung erfahren. In solcher Weise ergänzt wird auch die vierte Auflage, ihren Zweck, dem Klinizisten und dem praktischen Arzt ein zuverlässiger und kurzer Berater zu sein, vollauf erfüllen. Fendt-Wiesbaden.

Diagnose und Therapie der Syphilide (Syphilis der Haut und Schleimhaut), II. Teil: Therapie, von S. Jessner-Königsberg i. Pr. Dritte Auflage. (Würzburg, 1913, Curt Kabitzsch.) Die Ausführungen Jessners entsprechen der z. Zt. wohl von den

Digitized by Google

meisten Spezialärzten geübten Syphilistherapie. Die drei Hauptmittel, Queksilber, Salvarsan und Jod werden in einer den Bedürfnissen des Praktikers völlig genügenden Weise besprochen. Mit der vom Verfasser vorgeschlagenen Durchführung der Syphilistherapie kann man sich einverstanden erklären; hoffentlich bleibt die Befolgung dieser Ratschläge von seiten der praktischen Ärzte kein Pium desiderium.

Fendt-Wiesbaden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhöe und Komplikationen.

Die Behandlung von Erkrankungen, verursacht durch vegetabile Parasiten, mittels tiefer intramuskulärer Injektionen von Sukzinimid-Quecksilber. Bericht über 6 Fälle von blennorrhoischer Arthritis, von Lisle Wright. (Med. Record, 1. Juni 1912.) Von Interesse für den Dermatologen ist der angeblich außerordentlich prompte und gute Erfolg von 1 oder 2 Injektionen von 0,09 bzw. 0,05 g Hg succinimid. in den berichteten Fällen von typischen Gelenkerkrankungen blennorrhoischer Natur.

W. Lehmann-Stettin.

Mit Gonokokkenvakzine (Arthigon) erreichte Resultate in Fällen von blennorrhoischen Gelenkentzündungen, von J. Farkas-Budapest. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 39.) In 20 Fällen von blennorrhoischer Gelenkentzündung, in 5 Fällen von Nebenhodenentzündung, in 2 Fällen von Prostataentzündung versuchte F. das Arthigon. Nur ein an Polyarthritis blennorrhoica erkranktes Kind wurde günstig beeinflußt, indem es den Harnröhrenfluß, trotzdem die lokale Behandlung eingestellt war, zum Schwinden brachte. In dem pathologischen Institut wurde nach Wrights Weisungen eine Vakzine hergestellt, die in einem ccm 1—5 Millionen Bakterien enthält. Davon verwendete Verfasser anfangs 0,5, später 1 ccm intraglutäal in Fällen von Gelenkentzündungen. Darnach trat keine Fieberreaktion auf, in einem Falle war 37,8° Temperaturerhöhung. Auch bezüglich der Heilung erreichte F. kein Resultat. Später verwendete er nur Arthigon, 0,5 ccm intraglutäal. Der größte Teil der Patienten reagierte mit 38—38,5 bis 39° Fieber. In 2 Fällen trat Schüttelfrost auf, aber dieser Fieberzustand beeinträchtigte nicht das Allgemeinbefinden des Patienten; subjektiv ging er weder mit Kopfschmerz, noch mit schlechtem Allgemeinbefinden einher. In allen Fällen, in denen es dem Verfasser gelungen ist, einen günstigen Erfolg zu erreichen, äußerte sich schon nach der ersten Injektion die sogenannte lokale Reaktion. Das Gelenk wurde in den ersten 24 Stunden gedunsener, die Haut wurde röter und die Schmerzen steigerten sich. Das letztere Symptom äußerte sich schon in der zweiten Stunde nach der Injektion. Die größte Reaktion sowohl bezüglich des Fiebers, als des lokalen Reizes äußerte sich schon bei $^1/_2$ ccm Arthigon bei den Patienten, die in den ersten oder zweiten 24 Stunden der Krankheit injiziert wurden. Bei diesen ist aber schon am dritten Tage sowohl allgemein, wie auch lokal ein Resultat vorhanden gewesen. Die meisten waren sogar nach 8—10 Tagen als geheilt zu betrachten. In Fällen, die erst am 10.—14. Tage der Erkrankung geimpft wurden, sah Verfasser bei 0,5 ccm, auch bei 1 ccm, keine Fieberreaktion. Die Heilung ging viel langsamer vonstatten, das Allgemeinbefinden war jedoch wesentlich gebessert. Ein Patient konnte schon am 5. Tage nach der Impfung gehen und fühlte keine Schmerzen mehr, trotzdem die Gedunsenheit noch bestand. In solchen Fällen muß eine Dose von 1—2 ccm angewendet werden, um eine Reaktion erreichen zu können. Die Heilung verschleppt sich unvergleichlich länger als in frischen Fällen. Die Injek-

Digitized by Google

tionen werden nach und nach gesteigert, von $^1/_2$ ccm angefangen und man macht es von der Höhe des Fiebers abhängig, ob man sie jeden zweiten oder dritten Tag anwendet. In Verfassers Fällen war die Maximaldose 2 ccm pro dosi, 3—5 ccm war die Gesamtdose. Wenn die Temperaturerhöhung 37,8—38° ist, so ist das keine Kontraindikation. Ist lokale oder Fieberreaktion vorhanden, so ist der Fall blennorrhoischen Ursprungs. 2 Fälle abgerechnet, verwendete Verfasser keine Feststellung des Gelenkes mit Gipsschienen. Er enthielt sich lokal auch der Kompressen. Nachbehandlungen, Massage, Bäder waren nicht notwendig. Gelenkstarre bzw. beschränkte Bewegungsfähigkeit blieb in keinem einzigen Falle zurück. Arthigon ist ein ganz unschuldiges Mittel, ruft keinerlei Unannehmlichkeit oder Nachwirkung hervor. Infiltration beobachtete Verfasser nur in einem einzigen Falle. In einem anderen Falle rief $^1/_2$ ccm Arthigon in der Urethra akute Eiterung hervor, der Urin wurde trübe und im Eiter waren viele Gonokokken. Die urethrale Blennorrhoe wurde durch die Vakzine nicht günstig beeinflußt. In Fällen von Epididymitis blennorrhoica ist der örtliche Reiz der Schmerzhaftigkeit in dem Hoden viel größer als in den Gelenken. Nach 2—3 Einspritzungen hört der Schmerz jedoch auf und die Heilung trat ohne Verhärtung des Nebenhodens, ohne Verdickung des Samenstranges ein. In 2 Prostatitisfällen erreichte Verfasser ähnlich gute Resultate.

Porosz-Budapest.

Ein schwerer Fall von blennorrhoischer Gonitis, von G. Tamássy-Debrecen. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 36.) Monate lang hatte ein 27 jähriger Patient eine Gonitis, bei der der Fieberverlauf 3 Wochen lang einen Typhustypus zeigte. Sein Bewußtsein war vollkommen intakt. Mattigkeit und Indifferentismus gegen die Umgebung wurde nicht beobachtet. In dem durch Punktion gewonnenen serösen eiterzelligen Sekret waren viele, auch nach Gram erwiesene Gonokokken. Er hält die Gonitis für eine Gonokokkensepsis. In Pöstyén wurde Patient endgültig geheilt. Porosz-Budapest.

Neue Okklusio-Spüldilatatoren zur Behandlung der hinteren Harnröhrenblennorrhöe, von A. Heinrich-Neisse. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 37.) Der Apparat zur Behandlung der hinteren Partien der Harnröhre beim Manne besteht im wesentlichen aus einer doppelläufigen Metallsonde, welche an der Spitze eine dehnbare Gummikappe trägt. Man führt das Instrument so weit ein, daß der mit Unterzug versehene Teil gerade in die Blase hineinragt; wird nun durch die zugehörige Röhre Flüssigkeit eingespritzt, so dehnt sich der Gummi kugelförmig aus und tamponiert wirksam das Orifizium der Blase; alsdann kann man durch die andere Rohrleitung in der Sonde die medikamentöse Lösung in den hinteren Harnröhrenabschnitt einbringen und diesen bei Anwendung eines angemessenen Druckes mit der Spitze ad maximum dehnen. Zur Behandlung der Harnröhrenblennorrhöe beim Weibe ist der Apparat entsprechend modifiziert und hat noch eine Vorrichtung zum Verschluß des Orificium externum urethrae.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Jonisationsbehandlung des Trippers, von J. Mac Munn-London. (Brit. med. Journ., 18. Mai 1912.) Folgende einfache kleine Vorrichtung hat Verfasser sehr brauchbar gefunden zur Behandlung auch der hinteren Partien der Urethra: Ein kräftiger, ca. 22 cm langer Zinkdraht wird in Katheterform gebogen und das proximale Ende wird zu einer Öse geformt. Ein weicher Katheter wird auf einer etwa 17 cm weiten Strecke (resp. $^1/_3$ oder $^1/_2$ so weit, falls nur die Urethra posterior behandelt werden soll) hier und da mit kleinen glatten Öffnungen versehen. Am proximalen Ende des Katheters wird auch ein kleines Loch ausgestanzt. Durch dies letztere wird der Zinkdraht bis zur Öse eingeschoben und alsdann mit dem positiven Pol einer nicht allzu starken galvanischen Batterie verbunden. Der negative Pol wird am Mons veneris oder sonstwo

Digitized by Google

aufgesetzt. Die zu verwendende Lösung (z. B. Zink- oder Alaunsulphat) läßt man dann langsam durch den Katheter fließen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Blennorrhöe und ihrer Folgen mit Gonokokkenvakzine, von F. Hagen-Berlin. (Med. Klinik, 1912, Nr. 7.) Hagen hat in 59 Fällen von Blennorrhöekomplikationen Versuche mit Arthigon (Bruck), Reitervakzine und einige wenige Male mit Autovakzine gemacht und kommt im wesentlichen zu den schon bekannten Resultaten. Die Vakzinetherapie hat auf den blennorrhoischen Prozeß der Urethralschleimhaut gar keine Wirkung; dagegen waren die Erfolge der Vakzine gute, zum Teil überraschende bei frischen abgekapselten Herden (Epididymitis, Prostatitis, Spermatozystitis, Arthritis). Bei der Epididymitis ist die Anwendung contraindiziert bei bestehender Funikulitis und bei ganz frischen, noch nicht voll zur Entwicklung gelangten Fällen. Hagen schätzt die versuchten Vakzinen in ihrer Wirkung gleich hoch, wenn er auch über Autovakzinen bisher nur geringe Erfahrungen hat. Für Details sei auf das Original verwiesen.

Lasch-Breslau.

Zur Frage der Behandlung der blennorrhoischen Erkrankungen mittels Antigonokokkenserum, von Abdulow. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 25.) Bei Anwendung des Parke-Davisschen Antigonokokkenserums zu 2,0 unter die Haut fand Verfasser, daß es wenigstens in der zulässigen Dosis (6—7 Fläschchen) weder in den akuten, noch in den chronischen Fällen auf die Gonokokken einen Einfluß ausübt, dagegen eine sehr günstige Wirkung auf die chronische Arthritis, besonders auf die Schmerzempfindung ausübt. Das Serum erwies sich als ungefährlich und rief nur selten eine Temperatursteigerung, dagegen oft eine Urtikaria hervor. Es kann nur als unterstützendes Mittel bei der Tripperbehandlung angesehen werden. Arth. Jordan-Moskau.

Über die Vakzinotherapie blennorrhoischer Komplikationen, von Jan Papée. (Lwowski Tyg. lek., 1912, Nr. 22.) Verfasser behandelte mit Arthigon Brucks 17 Fälle von Epididymitis und 4 Fälle von Arthritis blennorrhoica und ist mit den erzielten Resultaten sehr zufrieden. Entgegen dem Vorschlage Brucks glaubt Verfasser mit dem Beginn der Vakzinebehandlung nicht auf den Abfall des mit dem Leiden verbundenen, oft lange dauernden Fiebers zu warten. Die bei Nebenhodenentzündung verwendete Anfangsdosis betrug 1 ccm. Unter 15 Fällen mit akutem Verlauf betrug die mittlere Behandlungsdauer 11 (6—14) Tage; in 2 Fällen mit mehr chronischem Verlauf war auch der Einfluß der Vakzinebehandlung weniger günstig.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Gonokokkenvakzine zur Diagnose blennorrhoischer Infektionen, von E. H. Eising-New York. (Med. Record, 1. Juni 1912.) Mit einer Vakzine, die in einem ccm 100000000 Bakterien enthielt, hat Verfasser epikutane, intrakutane und subkutane Versuche angestellt, von denen der erste Weg nie von einer Reaktion gefolgt war, der letzte meist nur von einer diffusen Rötung, während sich auf intrakutane Impfung mit großer Regelmäßigkeit eine rote Papel bildete, die oft von einem diffusen roten Hof umgeben war. An einer Untersuchungsreihe von 30 Fällen hat Verfasser gefunden, daß diese Probe bei Blennorrhoikern fast stets positiv ausfiel, während sie in Kontrollfällen anderer Erkrankungen fast immer negativ war. W. Lehmann-Stettin.

Gonokokkenvakzine als diagnostisches Hilfsmittel, von Otto Lederer-Prag. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 40.) Durch einmalige Injektion von 2 ccm Arthigon läßt sich eine allgemeine und lokale Reaktion hervorrufen, die spezifisch und der Reaktion des Tuberkulins bei Tuberkulose ähnlich ist. Man kann ferner die Gonokokkenvakzine als Antigen zur Komplementbindung auf Gonokokkenantigenkörper verwenden.

Die Versuche einer Kutanreaktion verliefen ergebnislos. Schourp-Danzig.

Digitized by Google

Über Gonokokkenvakzine als eventuelles diagnostisches Hilfsmittel, von H. Ziemann-Charlottenburg. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 40.) Verfasser hatte schon 1908 mit Gonokokkenvakzine (aus einer Kultur) Versuche gemacht, um durch Einträuflungen in den Konjunktivalsack Reaktionen zu erzeugen. Positive Reaktionen fanden sich bei 60 % Frauen mit chronischer Blennorrhöe. Die Versuche wurden nicht fortgesetzt. R. Lautsch-Graudenz.

Die Vakzinetherapie der blennorrhoischen Erkrankungen, von Gerschun und Finkelstein. (Wratschebnaja Gaseta, 1912, Nr. 40.) Im ersten Stadthospital zu Moskau haben die beiden Verfasser an 84 Kranken mit verschiedenen blennorrhoischen Affektionen, die im Blumenthalschen Institut von dem einen der beiden Herren hergestellte Vakzine, welche 10 Millionen toter Gonokokken in 1 ccm enthält, eingespritzt und zwar zunächst 2 Millionen bis allmählich 50 Millionen derselben. Sie benötigten bei den alle 6—7 Tage subkutan unter die Haut des Kranken ausgeführten Injektionen, je nach der Schwere des Falles, eine bis 65 Injektionen. Die Injektionen erwiesen sich als ungefährlich und bewirkten bei der akuten wie subakuten Blennorrhöe einen Schwund der Gonokokken, bei Arthritis und Epididymitis blennorhoica vor allem das Aufhören der Schmerzen, aber auch ein Nachlassen der Schwellung.

Arth. Jordan-Moskau.

Die Frage der Vakzinetherapie und Vakzinediagnose der Blennorrhöe, von Guggisberg-Bern. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 22). Verfasser hat mehrfach bei blennorrhöekranken Frauen die Vakzinebehandlung (im Verein mit sonstigen therapeutischen Maßnahmen) angewandt und ist mit den erzielten Erfolgen gut zufrieden. Er bediente sich einer aus Darmstadt bezogenen polyvalenten Vakzine, die in zwei verschiedenen Konzentrationen geliefert wird. Im Anschluß an diese kurze Mitteilung über seine persönlichen Erfahrungen bespricht Verfasser auch im allgemeinen die Ziele und Grundlagen dieses Zweiges der Therapeutik. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ohne Antiseptikum behandelte Blennorrhöefälle, von R. Picker-Budapest. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 28.) P. ging von der Erfahrung aus, daß, wenn die Gonokokkeneiterherde mittels Massage aus den Akessorien und Drüsen entleert werden, so hört das Gonokokkenleiden auch ohne Antiseptikum auf, wenn es nicht mit Harnröhrenausfluß und subjektiven Klagen verbunden ist. Die Heilung beweist er mit Anfertigung von Kulturen. Er beschreibt weitschweifig 6 Fälle. Porosz-Budapest.

Die Behandlung der Blennorrhöe, insbesondere mit einer wasserhaltigen Gleitmasse als Vehikel für Antiblennorrhoika, von C. Schindler-Berlin. (Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 18.) Für die akute Blennorrhöe der vorderen Harnröhrenpartie empfiehlt Verfasser, sofort mit Einspritzungen mit starken (3—5 %igen) Protargollösungen vorzugehen unter Verabreichung von kräftigen Dosen von Atropin zur Ruhigstellung der Muskulatur. Er gibt von letzterem Medikament täglich 2 eventuell auch 3 mg in Hohlzäpfchen. Bei Urethritis posterior gibt er ¼ %ige Protargollösung mit Cocain. nitric. und läßt täglich mehrmals 1—3 volle Spritzen hintereinander einspritzen. Komplikationen seien niemals dabei hervorgetreten. Für gelegentliche sich besonders refraktär erweisende Fälle ist folgende Gleitmasse zur Injektion zu empfehlen: R. Agar. sterilisat. (Merck, 2½ %) 40,0; Massae leni calore liquefactae adde Aq. dest. 160,0. Post refrigerationem consperge recenter Protargol 1,0. Diese Masse läßt sich gut bis in die hinteren Partieen der Harnröhre injizieren und ist auch bei der Vaginalblennorrhöe bei Kindern besonders empfehlenswert. Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Argyrol und das Argyl in der Behandlung der blennorrhoischen Urethritis, von Alvarez Saint de Aja. (Rev. clin. Madrid, 15. Aug. 1912.) Bei akuter Blennorrhöe wurde die Behandlung mit Injektionen von 5 %igem Argyrol (dreimal täglich) begonnen.

Digitized by Google

Bei Besserung des Zustandes ging der Verfasser zu 2 und 1 %igen über. Nach Aufhören der Sekretion wurde Zinc. sulf. 1 ‰ oder Hydrarg. oxycyanat. 1 : 10000 oder 15000 genommen. Bei Infektion der ganzen Harnröhre wurden Instillationen mit 5 %igem Argyrol hinzugefügt. Dem Mittel rühmt er die Schmerz- und Reizlosigkeit nach, sowie die Eigenschaft, die unangenehme Anfangsperiode des Trippers abzukürzen. Argyl hingegen ist, da es sich sehr leicht zersetzt, nur in ex tempore hergestellten Lösungen zu Waschungen der Urethra (250—300 ccm) zu gebrauchen. Die Konzentration der Lösungen soll anfangs 1 : 500, später 1 : 1000 betragen. A. Gunsett-Straßburg.

Über Zystopurin, seine Wirkung bei der Blennorrhöe und ihren Nebenerkrankungen, insbesondere der Cystitis blennorrhoica, von Walz-Meiningen. (Ther. d. Gegenw., Juni 1912.) Bericht über einige günstige Erfolge bei der Behandlung blennorrhoischer Zystitis mit Zystopurin, eines Doppelsalzes von Hexamethylentetramin und Natriumazetat. H. Lautsch-Graudenz.

Über die Verwendung des Chokolins bei der Therapie der akuten Blennorrhöe und ihren Komplikationen, von P. Mulzer-Straßburg. (Med. Klinik, 1912, Nr. 34.) Mulzer hat seit zirka 4 Monaten auf seiner Abteilung mit gutem Erfolge Chokolin Michaelis (von der Firma Stollwerk in Köln) gegeben, um die, für die Behandlung jeder Blennorrhöe so erwünschte, ja notwendige leichte Defäkation zu erreichen. Die Patienten erhielten zum Frühstück 3—4 Teelöffel Chokolin in einer Tasse Milch, fast ausnahmslos mit dem gewünschten Erfolge. Nur in wenigen Fällen war es nötig, die Dosis nach oben oder unten zu modifizieren. Dabei bemerkte Mulzer, daß die Blennorrhoiker, die bei regelmäßigem Gebrauch von Karlsbader Salz heruntergekommen waren, beim Gebrauche von Chokolin an Körpergewicht zunahmen. Das Mittel wurde gern genommen. Eine Gewöhnung trat nicht ein. Lasch-Breslau.

Ein Vorschlag für eine neue Behandlung der Blennorrhöe beim Manne, von Arthur Müller-Heidelberg. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 118, Nr. 5—6.) Die schwache Seite der bisherigen Behandlung der Blennorrhöe liegt in ihrer Ohnmacht, die Infektion auf die Pars anterior zu beschränken und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Um die Aufsteigung der Infektion zu verhüten, die Gonokokken zu töten und mechanisch herauszuschwemmen, schlägt M. vor, von der Blase aus einen extraperitonealen Einstich knapp oberhalb der Symphyse zu machen, und zwar mittels eines Kuttnerschen Troikarts; nach Herausziehen des Stichels führt man einen Gummikatheter bis in die Blase ein und entfernt die Kanüle über dem Katheter; dieser wird am Bauch fixiert und mittels eines Gummischlauches mit zwei Irrigatoren in Verbindung gebracht; in dem einen befindet sich ein gonokokkentötendes, in dem anderen ein adstringierendes Mittel, von welchem gegen 6—10 Liter am Tage durch Blase und Harnröhre zu spülen sind. Hierdurch müßte sich eine Sterilisation der Harnröhre erreichen lassen, selbst wenn die Gonokokken sich noch so tief in der Schleimhaut und in den darunterliegenden Geweben eingegraben haben sollten. Die künstliche Blasenbauchdeckenöffnung dürfte sich spontan zurückbilden. Schourp-Danzig.

Blennorrhöe bei Mädchen; Behandlung von 300 Fällen, von Louise Morrow und Olga Bridgeman-Geneva, Ill. (Journ. amer. med. assoc., 25. Mai 1912.) Ist die Anwendung des Spekulums möglich, so finden wöchentlich zwei lokale Behandlungen statt. Die eine besteht im Auswischen der Zervix mit 25 %iger und der Vagina mit 10 %iger Arg. nitr.-Lösung, die andere in der Anwendung von 25 %iger Jodoformglyzerinpaste. Hierdurch werden die besten Resultate erzielt, die auch durch Gonokokkenvakzine nicht verbessert werden. Bei kleinen Mädchen und Virgines mit nichtgeschlechtlicher Infektion geben lokale Reinlichkeit und die Anwendung der Gonokokkenvakzine

Digitized by Google

die besten Erfolge. Doch kommen Rezidive vor. Die Vakzinebehandlung ist von größtem Nutzen bei Fällen mit Gelenkkomplikationen. Fendt-Wiesbaden.

Unsere Resultate der Tripperbehandlung beim Weibe, von N. Markus-Breslau. (Med. Klinik, 1911. Nr. 38.) Als Hauptgrundsatz gilt, daß Heilung nur dann erzielt wird, wenn gleichzeitig Urethra und Endometrium behandelt werden. Die Technik der Sekretentnahme wird eingehend geschildert. Die Harnröhre wird mit Isoformstäbchen („Isurabazillen") behandelt, ebenso die Vagina bei Kindern. Um ständige Reinfektionen der Harnröhre zu vermeiden, ist ausreichende Tamponade erforderlich, zunächst mit Thigenol-Glyzerin oder ähnlichen Flüssigkeiten, nach Nachlassen des Fluors trocken mittels eines mit Bolalbid (Bolus alba + Isoform) gefüllten Beutels.

Die Behandlung der infizierten Gebärmutter geschieht direkt mittels des Sänger-schen Silberstäbchens, wobei jedoch mancherlei Kautelen zu beobachten sind, um ein Aszendieren des Trippers zu vermeiden. Als Medikamente werden dabei Jodpräparate benutzt: Jothion und Jodvasogene. Arthur Schucht-Danzig.

Über die spezifische Behandlung der Blennorrhöe beim Weibe, von Fr. Fromme. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 21.) Verfasser hat mit der Reiterschen Gonokokkenvakzine und dem Bruckschen Arthigon gearbeitet. Diagnostisch lassen sich beide nur mit Vorsicht verwerten, Lokal- und Herdreaktionen sind sehr unsicher, Temperatursteigerungen über 38°, jedoch innerhalb 20 Stunden nach Injektion von 1 ccm Arthigon, sollen eine frische blennorrhoische Pyosalpinx sehr wahrscheinlich machen.

Therapeutisch leisten beide Präparate nichts bei akuten blennorrhoischen Erkrankungen der Urethra, Vagina und des Uterus, desgleichen nichts bei Bartholinitis, dagegen zeigt sich eine deutliche Beeinflussung der Pyosalpinx sowohl mit der Reiterschen Vakzine wie mit Arthigon, wenn letzteres in vorsichtig steigender Weise angewendet wird. In 20 % trat Heilung oder wesentliche Besserung ein, wobei besonders bemerkenswert die schon frühzeitig auftretende subjektive Besserung war. Noch besser waren die Resultate bei gleichzeitiger Anwendung der alten konservativen Behandlungsmethoden.

H. Lautsch-Graudenz.

Tripper beim Weibe, von Maude Glasgow. (Med. Record, 20. April 1912.) Nichts Neues. W. Lehmann-Stettin.

Über einen Fall von Cystitis blennorrhoica bei einer Schwangeren, von Franz Jaeger-Erlangen. (Ztschr. f. gynäk. Urol., Bd. III, Hft. 4.) Aufsteigen der blennorrhoischen Infektion zur Blase und in die oberen Harnwege ist bei der Frau äußerst selten. Bei der Blasenblennorrhöe unterscheidet man die Urethrozystitis oder Cystitis colli und die Cystitis totalis. Die vom Verfasser beobachtete Patientin war eine 25jährige 2. Gebärende im 9. Schwangerschaftsmonat. Es bestand kein Ausfluß, kein Brennen oder Drang beim Wasserlassen, Urin stark trüb, eiweißhaltig. Im Zentrifugat zahlreiche Leukozyten und Gonokokken. Aus der Urethra trotz reichlichen Massierens kein Sekret. Es handelte sich also um eine reine Blasenblennorrhöe. Zystoskopie wurde nicht ausgeführt; Unterscheidung, ob es sich um eine partielle oder totale blennorrhoische Blasenerkrankung handelte, daher nicht möglich. Aus der neutralen Reaktion des Urins, der bei Urethrozystitis sauer reagieren soll, schließt Verfasser auf eine totale Blennorrhöe der Blase. Lokalbehandlung der Harnröhre hatte vorher nicht stattgefunden; Ursache des Aszendierens ist wohl die Gravidität und die durch sie bedingte Hyperämie. Erfolgreiche Behandlung durch Argentum nitricum-Spülungen.

Fendt-Wiesbaden.

Digitized by Google

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Mitteilungen über Radiumtherapie, von Salzmann-Hohenhonnef. (Klin.-ther. Wochenschr., 1912, Nr. 33.) Drei vernachlässigte, ulzerierte, lang bestehende Fälle von Hautkarzinom sah S. durch Radiumbehandlung geheilt und mit glatter und fester Narbenbildung schon $3^1/_2$ Jahre rezidivfrei. Die dankbarsten Erfolge kann die Radiumtherapie bei der Behandlung der Nävi erzielen. Wichtig ist die schmerzstillende Wirkung der Radiumstrahlen bei lancinierenden Schmerzen bei Tabes, bei Neuralgien und bei durch Tumormetastasen hervorgerufenen Schmerzen und bei hartnäckigem Pruritus. Schourp-Danzig.

Das Thorium X in der Biologie und Pathologie, von J. Plesch, L. Karczag und B. Keetman-Berlin. (Ztschr. f. exper. Pathol., 1912, Bd. 12, Heft 1.) Die Applikationsweise des Thorium X kann subkutan, intravenös, durch Trinken und Klysma erfolgen. Durch die intravenöse Injektion erfolgt eine gleichmäßige Verteilung dieser Substanz, sie wird fast momentan im ganzen Körper verteilt. Bei der subkutanen Injektion ist die Gefahr einer Verbrennung möglich, weil die injizierte Menge längere Zeit an Ort und Stelle verweilen muß. Es entstehen Geschwüre, die ähnlich den Radiumgeschwüren oder Röntgenverbrennungen eine äußerste Torpidität aufweisen. Bei der Emanationsinhalation werden dem Körper nur die Zerfallsprodukte des Thoriums zugeführt. Was die Verteilung anlangt, war eine Stunde nach der Einverleibung zu konstatieren, daß bereits 38 % des Thorium X sich im Knochenmark wiederfindet, während das Blut noch 16 % mit sich führt. Nach einem anderen Versuch waren die Mengen endgültig im Organismus verteilt. Die Ausscheidung erfolgt durch den Urin, Fäzes und Schweiß, und zwar 12—18 %, während die übrigen 80 % im Körper zurückgehalten werden. Die Untersuchung über die Einwirkung von Thorium X auf Fermente ergaben keine nennenswerte Beeinflussung. Die Atmung wird bei Gesunden nicht beeinflußt; dagegen war die Änderung des Atemtyps und der Atemtiefe bei kardialer Dyspnoe und bei der Pneumonie. Die Wirkung auf die Zirkulation erwies sich als blutdrucksenkend. Was die allgemeine Wirkung anlangt, so waren bei kleinen Dosen gar keine Symptome zu verzeichnen. Bei ganz starken Dosen tritt nach 16—20 Stunden ein Schwächegefühl auf. In dieser Zeit ist auch Appetitmangel vorhanden. Dann tritt ein Wohlbehagen auf. In seltenen Fällen am 4.—5. Tage ein im Magen lokalisierter Schmerz mit reichlicher Stuhlentleerung. Auch Pigmentierungen, die nach einigen Wochen verschwinden, treten auf. Auch Hypertrichiasis ist in einem Falle beobachtet worden. Bei der Dosierung ist das Blutbild zu beobachten. Eine Abnahme der weißen Blutkörperchen mahnt zur Vorsicht. Es kommt besonders für die Dosierung das Körpergewicht in Betracht. Was der klinische Erfolg anlangt, so konnte man in sehr vielen Fällen eine beträchtliche Körpergewichtsabnahme beobachten. Bei einem Falle von Gicht entstehen zuerst entzündliche Reaktionen, die Entzündungen gehen dann zurück, die Tophi sind an allen Gelenken um vieles kleiner geworden, die Gelenke sehen schlanker aus und sind leichter beweglich. Es zeigt sich eine 3—4fache Steigerung der Harnsäureausscheidung am ersten und zweiten Tage, dann nimmt die Ausscheidung zwar ab, aber sie erhält sich noch immer in einer gegen die Norm beträchtlichen Höhe. Es wurde stets eine günstige Beeinflussung der Gicht konstatiert. Bei Diabetes mellitus wurde keine Beeinflussung beobachtet; bei der Sklerodermie wurde eine wesentliche Besserung erzielt, ebenso wurde bei Rheumatismus auch blennorrhoischer Ätiologie eine prompte Besserung und Heilung konstatiert. Bei den Blutkrankheiten war jedenfalls eine Beeinflussung zu bemerken, wenn auch keine Heilung zu erzielen war, insbesondere konnte man bei der Leukämie eine auffallende Veränderung in günstigem Sinne erreichen.

W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Die unsichtbare Salbenbehandlung mit den Ebagapräparaten, von Rudolf Matzenauer-Graz. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 44 u. 45.) Die Firma Dr. Bayer u. Co., Budapest, stellt unter dem Namen Ebaga Salben mit wasserlöslicher, fettfreier, leicht resorbierbarer Grundlage her. Die sämtlichen Ebagapräparate haben die kennzeichnende Eigenschaft, in dünner Schicht in die Haut eingerieben, fast augenblicklich spurlos zu verschwinden und daher die Haut glatt und geschmeidig zu machen. Bei den so behandelten Patienten sieht man selbst bei hellem Tageslicht nichts davon, daß sie überhaupt mit Salbe eingerieben wurden. Infolge des außerordentlichen Penetrationsvermögens eignen sich die Ebagapräparate zur perkutanen Einverleibung von Medikamenten, sei es daß eine ausgiebige Resorption erwünscht ist wie bei Quecksilber, Salizyl, Arsen, Kampfer, oder sei es, daß eine kräftige Absorption des Mittels lokal an der eingeriebenen Hautstelle, selbst mit möglichst großer Tiefenwirkung erzielt werden soll, wie bei Jod, Schwefel, Chrysarobin usw. Schourp-Danzig.

Zur Frage der Anwendung des Antiformins bei der Arsenbestimmung im Harn nach Salvarsaninjektionen, von E. Greifeld-Moskau. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 44.) Uns interessiert aus der Arbeit nur, daß auf Grund sehr genauer Arsenbestimmung im Harn der Beginn der Arsenausscheidung schon 6—12 Stunden nach Salvarsaninfusion konstatiert werden konnte. Nach 10—12 Tagen hörte die Arsenausscheidung auf, in 2 Fällen erst am 17. und 24. Tage. H. Lautsch-Graudenz.

Intoxikation mit Fibrolysin, von Santina. (Rev. Barcelon. de enferm. de Oido, 31. Dez. 1911, Bd. 7.) Ein Kranker, der wegen einer adhäsiven Otitis media mit Erfolg mit Thiosinamin- und Antipyrineinträufelungen behandelt worden war, bekam noch eine intramuskuläre Fibrolysininjektion. Am Tage der Injektion stellte sich ein Gefühl der Spannung im Hoden, dem Kopf und Hals ein. Die folgenden Tage entwickelte sich dann an diesen Stellen ein Erythem mit Blasen und Krusten. Der Urin enthielt kein Eiweiß. Eine zweite Injektion rief genau dieselben Symptome hervor. Es handelte sich anscheinend um einen Fall von Idiosynkrasie gegen Fibrolysin. A. Gunsett-Straßburg.

Über Neosalvarsan. Lokalbehandlung der generalisierten Syphilis und generalisierten Frombœsia bei Kaninchen, von G. Castelli. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 32.) Die neutrale Reaktion des Neosalvarsans ermöglicht seine lokale Verwendung. Die kurative Wirkung studierte Verf. an Kaninchen, die durch wiederholte Injektionen von Spirochätenaufschwemmungen (Sp. pallida und pertenuis) mit spezifischer Keratitis behaftet waren. Zahlreiche und häufige Einträufelungen von Neosalvarsan in den Konjunktivalsack riefen in einer Verdünnung von 2,5 % weder lokale noch allgemeine Störungen hervor. Das Neosalvarsan übte eine heilende Wirkung auf die spezifische Keratitis aus. Diese Heilwirkung beschränkt sich nicht auf die Applikationsstelle, sondern erstreckt sich bei bilateraler Keratitis auch auf die Affektion der anderen Seite und in Fällen von generalisierter Erkrankung auf die fernstehenden Herde.

Verf. glaubt an die Möglichkeit der Übertragung dieser Verwendungsart auf die menschliche Therapie. O. Valentiner-Leipzig.

Über Neosalvarsan, von G. Castelli. (Ztschr. f. Chemother., 1912, Heft 2.) Verfasser macht sich zur Aufgabe, das Problem der Aktionsweise der Arsenpräparate bei den Spirillen- und Trypanosomenerkrankungen zu klären. Da Salvarsan in vitro keine größere spirillizide Kraft entfaltet, als das in der Lösung enthaltene Alkali, glaubt Verf. durch Verwendung des neutral reagierenden Neosalvarsans bei seinen Versuchen eine Möglichkeit gefunden zu haben, etwas Licht in den Mechanismus der Arsenwirkung zu bringen. Aus mehreren beigefügten Tabellen ergibt sich, daß Hühnerspirillen nicht getötet werden, wenn man sie mit Neosalvarsan $^1/_4$—1 St. in Berührung bringt. Sie verlieren jedoch die Fähigkeit eine Infektion hervorzurufen, wenn man sie einem nor-

Digitized by Google

malen Organismus injiziert (es wurden Reisvögel verwendet). Für Rekurrenzspirillen und Trypanosomen ergaben sich die gleichen Verhältnisse bei Mäusen. Dagegen behalten Hühnerspirillen, wenn man sie mit einer Atoxyllösung in Berührung bringt, welche zehnmal konzentrierter ist, als die entsprechende Salvarsanlösung, und dann dem Huhn injiziert, die Fähigkeit zur Infektion, die ganz analog den schweren Infektionen der Kontrolltiere verläuft.

Verf. kommt zu dem Schlusse, daß die parasitizide Wirkung des Salvarsans nicht in der Einwirkung des Präparates auf die Schutzkräfte des Organismus zu suchen ist, sondern in einer eigentümlichen Avidität des Parasitenkörpers zu dem Medikament, d. h. in einer direkten Verankerung des Medikaments mittels Chemozeptoren des Parasiten. Diese Verankerung findet nur statt bei Präparaten, bei denen die Gruppe As trivalent (Neosalvarsan) ist, nicht dagegen bei solchen, deren Gruppe As vollwertig gesättigt ist (Atoxyl). O. Valentiner-Leipzig.

Über Mastisol in der Wundbehandlung, von Ad. Suter. (Schweizer Corresp.-Bl., 1912, Nr. 22.) Mastisol ist eine Lösung von Mastix in Benzol mit einem die Klebrigkeit erhöhenden Esterzusatz. Es dient zur Desinfektion des Operationsfeldes, sowie zur Behandlung akzidenteller Wunden. Die Wirkung ist bedingt durch Bakterienarretierung und -tötung, Entwicklungshemmung und Verbandfixierung.

Auch zur Behandlung von Furunkeln, Frakturen und varikösen Unterschenkelgeschwüren sowie zu Extensions-, Klump- und Plattfußverbänden eignet sich Mastisol vorzüglich.

In der Kriegschirurgie ist es von größter Bedeutung. O. Valentiner-Leipzig.

Einiges über die Wirkung des Opsonogens, von Einsiedel-Dresden. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 42.) Die Vakzinetherapie läßt sich bei lokalen Staphylokokkenerkrankungen ohne jede Bestimmung des opsonischen Index durchführen.

Verfasser hat 82 Patienten von Januar bis Juli 1912 mit 594 Injektionen behandelt. Die Patienten litten an Furunkulose, Furunkulose und Akne, und Akne allein. Bei Furunkulose verzeichnet er von 44 Fällen 37 Heilungen und 7 Besserungen, bei Akne von 37 Fällen 6 Heilungen und 31 Besserungen. Als gute Allgemeinwirkung verzeichnet er Hebung des Ernährungszustandes und Hebung der Anämie. Zur Verhütung von Rezidiven ist die Opsonogenanwendung nach Verschwinden der Krankheitserscheinungen noch längere Zeit fortzusetzen. Das Opsonogen ist auch in größeren Dosen ungefährlich. O. Junghanns-Dresden.

Untersuchungen über die Wirkung von Quecksilberpräparaten auf Spirochätenkrankheiten, von W. Kolle, Rothermundt und Peschié. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 34.) Dem Wunsche entsprechend, ein möglichst wirksames Hg-Präparat zur Kombinationstherapie der Syphilis mit Salvarsan und Quecksilber zu finden, war das Bestreben der Verf., die chemotherapeutische Wirkung der Hg-Verbindungen und ihr toxikologisch-pharmakologisches Verhalten weiter aufzuklären und so Anhaltspunkte für die Darstellung neuer Hg-Präparate von starker spirochätentötender Wirksamkeit bei möglichst geringer Giftigkeit für den Organismus zu gewinnen. Die Hühnerspirillose erwies sich als geeignet, um über die biologische Wirksamkeit der verschiedenen Hg-Präparate Aufschluß zu geben; denn bei ihr stimmen die gefundenen Ergebnisse bezüglich der wirksamsten Präparate mit den Erfahrungen bei Syphilidologen bei der Behandlung der menschlichen Syphilis überein. Alle Präparate mit auffälligen chemotherapeutischen Wirkungen, die nicht dem Hg-Gehalte entsprechen, sind organische Verbindungen, und zwar solche der aromatischen Reihe. Durch Sulfaminoverbindungen (Scheitlin) läßt sich eine Verminderung des Organotropismus ohne Beeinflussung des Parasitotropismus bewerkstelligen. Das Sulfamino-dimethyl-phenyl-pyrazolon-Quecksilber dürfte wegen seiner stark spirillo-

Digitized by Google

ziden Wirkung bei relativ geringer Toxizität berufen sein, für die Kombinationsbehandlung der Syphilis mit Salvarsan und Hg-Präparaten das geeignete Mittel darzustellen, vorausgesetzt, daß die therapeutische Wirksamkeit beim Menschen den experimentell bei Tieren ermittelten Wirkungen parallel geht. O. Valentiner-Leipzig.

Über Jodquecksilberverbindungen, speziell dijodoxybenzolparasulfosaures Quecksilber, in ihrem Fernhalten zum Organismus, von E. Koch-Aachen. (Med. Klinik, 1912, Nr. 39—41.) Die auf Tierexperimente gestützten theoretischen Erörterungen über die Wirkung von kombinierten Hg-Jod-Präparaten, speziell des Anogons, eignen sich wenig zum Referate. Der Verf. kommt zu dem Schlusse, daß das Anogon ein wirksames Antisyphilitikum ist, wie er überhaupt die gleichzeitige Darreichung von Jod und Hg für sehr vorteilhaft hält. Das Jod steigert die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen die Toxizität des Hg und unterstützt dabei die Wirkung des letzteren, indem nach der Ansicht des Verf. das Hg die Spirochäten abtötet und das Jod die Ausscheidung der Endotoxine befördert. Lasch-Breslau.

Über das Scharlach R medicinale „Kalle" und seine Ersatzpräparate, das Pellidol und Azodolen, von O. Retzloff-Magdeburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 42.) Verfasser berichtet über mehrere Fälle von schweren Verbrennungen, die, da Transplantation nach Thiersch abgelehnt, wurde nach Reinigung der Wunden durch feuchte Umschläge mit Scharlachrot behandelt wurden. Gute und relativ schnelle Heilung. Ein großer Vorteil sei Bildung von normaler Haut, nicht einer solchen von Narbengewebe. Ferner berichtet er über die Behandlung einer schweren Verbrennung mit Pellidolsalbe (2%). Ebenso guter Erfolg. Eine Abwechselung mit anderen Mitteln sei nicht nötig.

Bei Beingeschwüren varikösen Ursprungs habe auch 2% Pellidolbolus gute Resultate geliefert.

Azodolen eigne sich besonders gut für Ulzera auf luetischer Basis.

O. Junghanns-Dresden.

Neuere Beobachtungen über die Wirkung des Yohimbins (Spiegel), von G. Fritsch-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 42.) Verfasser empfiehlt das Yohimbin als Tonikum für die organische Muskulatur des uropoetischen Apparates. Er lobt besonders den Einfluß des Mittels auf die Prostatabeschwerden, die so oft die Nachtruhe der Patienten stören. Es wird die regelmäßige Entleerung des Prostatasekretes befördert, und dadurch die schädliche Stauung vermindert; auch werden die Sphinkteren der Blase kräftiger geschlossen, so daß das Organ mehr Urin zu halten vermag.

O. Junghanns-Dresden.

Therapeutische Erfahrungen mit Zinkperhydrol, von Eugen Brodfeld-Krakau. (Klin.-ther. Wochenschr., 1912, Nr. 36.) Zinkperhydrol erwies sich dem Verf. als gutes Ersatzmittel des Jodoforms bei Ulcera mollia, inzidierten Bubonen und Unterschenkelgeschwüren. Bei inzidierten Bubonen, die starke eitrige Sekretion zeigten, wurde durch das Zinkperhydrol nicht nur eine Verminderung der Eiterung in kurzer Zeit bewirkt, sondern auch eine rasche Granulationsbildung. Schourp-Danzig.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über Lues und Konzeption, von Sfameni. (XVI. Kongr. d. Ital. Ges. f. Geburtshilfe und Gynäkol., Rom, Dez. 1911.) Die syphilitische Infektion beobachtet man im Verlaufe der Schwangerschaft sehr oft. Die Syphilis der Mutter kann präkonzeptionell

Digitized by Google

und postkonzeptionell sein; Verf. ist jedoch der Ansicht, daß für die Mutter auch eine konzeptionelle, vom Fötus durch die Plazentarbahn übertragene anzunehmen ist.

Der Einfluß der Syphilis auf die Konzeption betrifft: den Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes und des Eies (Fötus, Plazenta, Nabelstrang, Eihäute, Amnion).

Die Mazerierung der syphilitischen Föti ist nicht als die Folge des langdauernden Verweilens des toten Fötus in der Gebärmutter, sondern vielmehr als eine Folge der Lues selbst zu betrachten.

Die fötalen Mißbildungen und Dystrophien sind mehr als Erscheinungen einer syphilitischen Heredität als Erscheinungen einer hereditären Lues zu betrachten.

K. Rühl-Turin.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Temperaturmessungen in beiden Achselhöhlen und ihre Bedeutung für die Chirurgie, von Dr. Zalewski-Frankfurt a. M. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 41.) Angeregt durch das Untersuchuugsverfahren (Messen der Temperatur in beiden Achselhöhlen) von Ärzten der inneren Klinik hat Verfasser eigene Versuche angestellt an chirurgischen Kranken. Er kommt auf Grund seiner Versuche, welche er mit Kurven demonstriert, zu dem Schlnß, daß doppelseitige Temperaturmessungen namentlich bei einseitigen Krankheitsprozessen von Bedeutung sind. Differenzen klären darüber auf, daß auf der höher temperierten Seite ein Krankheitsprozeß noch besteht oder im Fortschreiten begriffen ist, sie geben also einen wichtigen Anhalt für etwa notwendig werdende Eingriffe oder baldigen Verbandwechsel. Franz-Dresden.

Eine einfache Methode der Blutentnahme für bakteriologische und serologische Zwecke, von W. Lintz-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 43.) Empfehlung eines evakuierten Röhrchens, das mit Kanüle versehen leichte und sterile Blutentnahme gestattet. H. Lautsch-Graudenz.

Verschiedenes.

In diesen Tagen ist ein neues Reglement für die **ärztlichen Prüfungen in der Schweiz** ediert worden. In dasselbe ist zum ersten Male die Dermatologie als offizielles Prüfungsfach aufgenommen, und zwar wird von den Studierenden der Medizin verlangt, daß sie nach erbrachtem Nachweise der genügenden Ausbildung ein Semester in einer dermatologischen Klinik praktiziert haben. Sie werden dann im praktischen Teile der Staatsprüfung geprüft und zwar so, daß die Prüfung mit einer Fachnote berechnet wird. Die Prüfung ist im wesentlichen eine praktische. Auf diese Weise ist die Dermatologie ebenso wie die Pädiatrie der Ophthalmologie bei den schweizerischen Prüfungen vollständig gleichgestellt. — Und Deutschland?!

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

18. Januar 1913 | Nr. 3 | Band 56

Aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Bern (Prof. Dr. JADASSOHN).

Bakteriologische Untersuchungen bei verschiedenen Hautentzündungen (Licht- und Kohlensäure-Reaktionen, Ekzeme, Ulzerationen usw.).

Von

MARTHA EHRLICH, Warschau.

Seitdem vor und in dem Jahre 1900 die Bakteriologie der Ekzeme und der impetiginösen Hauterkrankungen von verschiedenen Seiten — gelegentlich der Diskussion der Ekzemätiologie auf dem Pariser internationalen Dermatologischen Kongreß — bearbeitet worden war, hat man sich mit den einschlägigen Fragen nur noch relativ selten beschäftigt. Speziell liegen systematische Untersuchungen über die Bakterien der normalen Haut, der artifiziellen Dermatitiden und anderer banalen Prozesse nur wenig vor. Es ist daher natürlich, daß auf diesem Gebiete noch mancherlei Lücken auszufüllen sind. Besonders ist man über das Vorkommen der Streptokokken auf der normalen Haut und bei den verschiedensten Hautaffektionen noch nicht vollständig orientiert.

SABOURAUD hatte durch seine Methode der Kultur in Bouillonpipetten gezeigt, daß bei allen Fällen von Impetigo contagiosa s. vulgaris Streptokokken nachzuweisen seien, und er hatte gefunden, daß die Infektion im Sinne dieser Streptokokkenimpetigo bei Ekzemen und ekzemartigen Krankheiten eine große Rolle spiele. LEWANDOWSKY[1]) hatte mit einfacher Impfung auf Schrägagar mit besonders feinen Impfstrichen die Resultate SABOURAUDS in bezug auf die Impetigo contagiosa im wesentlichen bestätigt, nachdem schon FRÉDÉRIC in der hiesigen Klinik bei Anwendung der SABOURAUDschen Methode die Häufigkeit der Streptokokken auf normaler Haut und bei banalen Dermatosen nachgewiesen hatte. Mit der von LEWANDOWSKY angewandten Methode hat dann MINNA MODEL in einer vor kurzem angenommenen Berner Inaugural-Dissertation die Bakteriologie besonders der Skabies systematisch untersucht.

Meine Aufgabe war es, einmal einige artifizielle Entzündungen der Haut auf ihren Gehalt speziell an Staphylo- und Streptokokken zu prüfen, dann aber auch bei andern Hautkrankheiten und besonders bei Ekzemen und Ulcera cruris die vorhandenen Angaben zu vervollständigen.

Was die Methode angeht, so habe ich mich in erster Linie der

[1]) Arch. f. Derm., Bd. 94. Hier auch die Literatur.

Digitized by Google

Strichimpfung auf Schrägagar nach LEWANDOWSKY bedient. Man soll bei dieser Methode, wie immer wieder betont werden muß, wenig Material mit sehr feiner Nadel in (ohne Neubeladung der Nadel) wiederholten Strichen verimpfen, und der Kulturversuch kann bloß als geglückt angesehen werden, wenn die aus dem Material ja meist wachsenden Staphylokokkenkolonien durch genügende Zwischenräume voneinander getrennt sind, so daß die feinen Streptokokkenkolonien zwischen den groben Staphylokokkenherden der Beobachtung nicht entgehen können.

Ich möchte ferner hervorheben, daß es meines Erachtens notwendig ist, die Kolonien, die uns wegen ihrer Zartheit als Streptokokken imponieren, auch mikroskopisch zu untersuchen, weil speziell die Pseudodiphtheriebazillen ihnen makroskopisch sehr ähnlich sehen können. Ich habe solche allerdings nur sechsmal konstatiert. Auch LEWANDOWSKY erwähnt, daß er sie („Bazillen aus der Gruppe der Korynebakterien") vereinzelt auf normaler Haut gefunden habe. Eine besondere Bedeutung kann ich, wie ich nebenbei erwähnen möchte, diesem Befunde für die Pathologie bisher nicht beimessen.

Ich habe es ferner für richtig gehalten, doch noch einmal die von LEWANDOWSKY angewendete Methode an Bouillonkulturen zu kontrollieren. Ich habe in 30 protokollierten Fällen Parallelversuche gemacht und neunmal in der Bouillon Streptokokken gefunden, wo die Strichmethode keine solche aufweisen ließ, trotzdem die Agarkulturen der oben aufgestellten Anforderung der genügenden Sonderung der Staphylokokkenkulturen entsprachen. Man muß die Bouillon nach meinen Erfahrungen am besten nach zweimal 24 Stunden untersuchen. Ich möchte auch betonen, daß, wenn sich Pyozyaneus in dem Material befindet, dieser die Streptokokken auf dem Schrägagar noch viel schneller und vollständiger verdeckt, als die Staphylokokken es tun, während sie in der Bouillon leicht nachzuweisen waren.

Im Prinzip würde darnach also doch die Bouillonkultur den Vorzug verdienen, trotzdem sie den von LEWANDOWSKY betonten Nachteil hat, daß sie über das quantitative Verhältnis von Strepto- und Staphylokokken uns gar nichts aussagt. Man wird am besten gewiß immer Schrägagar- und Bouillonkulturen nebeneinander anlegen, eventuell eines der modernen Verfahren zur Streptokokkenkultur anwenden. Ich möchte allerdings schon hier hervorheben, daß meine positiven Streptokokkenbefunde auf Bouillon neben negativen auf Schrägagar fast ausschließlich an Ulcera cruris und Ekthyma am Unterschenkel erhoben worden sind, worauf ich später noch einmal zu sprechen komme.

Ich gehe nun an die Schilderung meiner Resultate und füge bei jedem Abschnitt gleich einige epikritische Bemerkungen hinzu.

Digitized by Google

I.

Von den artifiziellen Entzündungen, welche auf ihren Bakteriengehalt untersucht werden sollten, erwähne ich zunächst die durch Licht hervorgerufenen. Ich habe mich dabei in erster Linie den Finsenreaktionen zugewandt, welche auf lupösem Gewebe durch (meist $1^1/_4$ stündige) Beleuchtung mit der großen Finsenlampe entstehen. Bekanntlich entwickeln sich dabei zuerst oft mit wasserheller Flüssigkeit gefüllte Blasen, die dann in kürzerer oder längerer Zeit verkrusten. Diese bald mehr serösen, bald mehr eitrigen Krusten stoßen sich nach einigen bis vielen Tagen ab. Die wasserhellen Blasen, die ich untersuchte (39), waren mit einer Ausnahme steril. Drei Blasen, die trüben Inhalt aufwiesen, enthielten Staphylococcus aureus, ebenso eine einzige wasserhelle. Streptokokken fand ich überhaupt nicht. Die Blasen waren sehr verschieden alt; denn ich untersuchte die einzelnen, solange sie bestanden, täglich, zwei bis vier Tage und länger.

Ganz anders wurden die Resultate, als ich mich der Untersuchung der Krusten zuwandte, die ich ebenfalls in verschiedenen Stadien prüfte. Während ich bei den Blasen den Inhalt verimpfte, ging ich bei den Krusten mit der fein ausgezogenen Platinnadel unter die Kruste, wie es auch Lewandowsky bei der Impetigo contagiosa getan hatte. Ich habe im ganzen 58 Krusten bei 20 verschiedenen Patienten untersucht; 22 waren steril, 36 enthielten Staphylokokken, 8 Streptokokken, 2 Pseudodiphtheriebazillen. Bei den einzelnen Patienten waren die verschiedenen Krusten bald gleich in bezug auf ihre Sterilität, resp. ihren Bakteriengehalt, bald verhielten sie sich verschieden. Aus den Krusten, die Streptokokken enthielten, entwickelten sich immer auch Staphylokokken, so daß also reine Staphylokokkeninfektionen in größerer Anzahl, reine Streptokokkeninfektionen aber gar nicht gefunden wurden. Aus den beiden Krusten, die Pseudodiphtheriebazillen enthielten, konnten zu gleicher Zeit auch Staphylo- und Streptokokken herausgezüchtet werden.

Die klinischen Beschreibungen, welche ich von den Krusten in meinen Protokollen gegeben habe, beweisen, wenn man sie mit den Resultaten der Kulturuntersuchung vergleicht, daß das makroskopische Aussehen bei ganz verschiedenem Verhalten des Bakteriengehaltes das gleiche sein, sich aber auch bei gleichem Befund ganz verschieden verhalten kann. So waren z. B. trockene transparente Krusten bald steril, bald enthielten sie Staphylokokken. Dicke gelbliche Krusten, ja selbst solche, unter denen sich noch Eiter befand, enthielten Staphylokokken oder Staphylo- und Streptokokken, ja konnten auch steril sein.

Auch die Krusten mit Pseudodiphtheriebazillen unterschieden sich nicht von den andern.

Digitized by Google

Ich füge hier gleich die Untersuchung der Reaktionen hinzu, welche mit der Quarzquecksilberlampe erzielt wurden. Auch hier handelte es sich teils um Blasen, teils um Krusten von verschieden langem Bestand. Meistenteils waren es ebenfalls Lupuskranke, die behandelt worden waren. Von den sieben Blasen, die untersucht wurden, waren sechs steril (eine an der Hand selbst noch nach zehntägigem Bestand). Dagegen waren die Krusten auffallenderweise alle infiziert und zwar vier nur mit Staphylokokken, zwei mit Staphylo- und Streptokokken.

Endlich habe ich noch sechs Reaktionen untersucht, die durch den jetzt in der Dermatotherapie viel verwendeten Kohlensäureschnee erzeugt waren. Auch dabei treten, bei einigermaßen starker Applikation, Blasen auf, die ziemlich lange bestehen bleiben können und dann verkrusten. Unter vier auf diese Weise erzeugten Blasen waren drei steril, eine enthielt Staphylokokken, die beiden von mir untersuchten Krusten Staphylo- und Streptokokken.

Diese Versuche haben nach verschiedenen Richtungen eine Bedeutung, die ich hier nur ganz kurz skizzieren möchte. Soweit mir bekannt, sind bisher systematische bakteriologische Untersuchungen von Finsenreaktionen nicht vorgenommen worden[1]). Die Frage scheint vielleicht auf den ersten Blick nicht wichtig zu sein, weil wir ja bei den Finsenblasen und -krusten genau wissen, daß sie durch die Lichtwirkung zustande kommen. Trotzdem ist sie nicht bedeutungslos. Denn es ist ja bekannt, daß auf der Haut durch verschiedene nicht bakterielle Agentien hervorgerufene Entzündungen jedenfalls oft Infektionserreger beherbergen. Ja Sabouraud ist sogar so weit gegangen, anzunehmen, daß alle artifiziellen Dermatitiden mit Bildung von Pusteln diese nur infolge von Infektion mit Staphylokokken aufweisen. Besonders Frédéric hat freilich den Nachweis erbracht, daß dem nicht prinzipiell so ist. Aber es ist jedenfalls unzweifelhaft, daß viele artifizielle Läsionen und zwar speziell auch Bläschen und Blasen schon sehr früh die banalen Infektionserreger der Haut (Staphylo- und Streptokokken) enthalten. Speziell sind das solche, bei denen dem entzündungserregenden Agens bakterizide Eigenschaften nicht oder nur in beschränktem Umfange zukommen.

Es hat sich ferner auch ergeben, daß die Bläschenbildungen bei nachgewiesenermaßen artefiziellen oder spontanen Hautentzündungen (Ekzemen) dann oft und längere Zeit hindurch einen sterilen Inhalt

[1]) Lewandowsky berichtet, daß „die Blasen in den ersten 24 Stunden nach der Lichteinwirkung fast immer, in den ersten 48 Stunden meistens steril sind; erst am dritten Tage werden sie infiziert, und in älteren Blasen und Krusten finden sich fast immer massenhaft Aurei".

Digitized by Google

haben, wenn die Hautgegend, auf der sie lokalisiert sind, eine besonders dicke Hornschicht hat, so vor allem an den Händen. Man hat das in sehr einfacher und wohl auch überzeugender Weise dadurch erklären zu können vermeint, daß an solchen Effloreszenzen die Durchwachsung der Blasendecke mit Infektionserregern, die an der Oberfläche vegetieren, viel weniger leicht zustande kommt.

Wenn wir diese Ergebnisse zunächst auf die Finsenreaktionen übertragen, so erhebt sich die Frage, warum die Finsenblasen so oft, ja fast ausnahmslos, und so lange, d. h. oft während ihres ganzen Bestehens als Blasen, einen sterilen Inhalt aufweisen.

Unbedingt kann die Dicke der Hornschicht nicht zur Erklärung herangezogen werden; denn die allermeisten der von mir untersuchten Blasen befanden sich — entsprechend der häufigsten Lokalisation des Lupus vulgaris — im Gesicht, d. h. in einer mit dünnem Stratum corneum versehenen Hautgegend.

Dagegen liegen zwei weitere Erklärungsmöglichkeiten vor. Einmal könnten wir annehmen, daß die Decke der Blase nicht durch die Dicke ihrer Hornschicht, aber durch ihre sonstige Beschaffenheit der Durchwachsung mit Bakterien größeren Widerstand engegensetzt. Das könnte sehr wohl der Fall sein; denn wir wissen aus den histologischen Untersuchungen bestrahlter Haut (M. Möller usw., besonders Zieler[1]), wo auch die Literatur zu finden ist), daß zwar die Blasen bei Finsenbeleuchtung dicht unter der Hornschicht liegen, daß aber sehr frühzeitig eine Epithelnekrose eintritt, welche vielleicht für die Durchwachsung von Bakterien ungünstiger ist, als die ödematös durchtränkte Epidermis bei Ekzemen usw.

Auf der andern Seite aber könnten wir annehmen, daß die Finsenblasen aus demselben Grund sterilen Inhalt haben, wie die durch antiseptische Agentien, z. B. Pyrogallussäure, hervorgerufenen, sogar eitrigen Effloreszenzen, weil nämlich das die Entzündung provozierende Licht ebenfalls bakterientötend wirkt. Ohne auf die zahlreichen Arbeiten über die bakterizide Fähigkeit der Lichtstrahlen einzugehen, möchte ich hier nur auf die Untersuchungen Jansens[2]) hinweisen, welcher zu folgendem Resultat gekommen ist: „Das konzentrierte elektrische Licht kann (unter den gegebenen Verhältnissen) eine bakterizide Wirkung bis zu einer Tiefe von 1,5 mm und eine schwächende Wirkung bis zu 4 mm ausüben."

Daß also die auf der Haut, ja auch die in den Follikeltrichtern vegetierenden Bakterien durch eine Finsenbestrahlung abgetötet werden können,

---

[1]) Zieler, K., Über die Wirkung des konzentrierten elektrischen Lichtes (nach Finsen) auf die normale Haut. Dermat. Zeitsch., 1906, S. 1.

[2]) Hans Jansen, Untersuchungen über die Fähigkeit der bakteriziden Lichtstrahlen, durch die Haut zu dringen. Mitteilungen aus Finsens Med. Lysininstitut, 1903, 4. Heft.

Digitized by Google

ist ohne weiteres zuzugeben. Freilich müßte man dann auch weiter fragen, warum denn nicht nachträglich eine erneute Infizierung der Oberfläche und eine Durchwachsung der Blasendecke stattfindet? Denn die Nachbehandlung, wie sie gewöhnlich geübt wird, mit Verbänden mit essigsaurer Tonerde oder mit Borvaseline können die nachträgliche Infektion wohl kaum verhindern. Man könnte aber annehmen, daß die nachträgliche Durchwachsung der Blasendecke durch deren oben erwähnte Struktur verhindert wird.

Sobald sich Krusten entwickelt haben, findet man auch Bakterien, freilich nicht in allen Fällen. Es liegt am nächsten, anzunehmen, daß bei der Eintrocknung der Blasen zu Krusten kleine Läsionen (Risse durch die Kontraktion der Blasendecke und ihres Inhaltes, durch die mangelnde Elastizität der Kruste usw.) entstehen und daß die Bakterien dann von der Oberfläche oder Seite in diese Risse einwachsen. Ja selbst ohne solche Läsionen könnte man verstehen, daß der in Eintrocknung begriffene Blaseninhalt mit der Blasendecke gemeinschaftlich einen günstigeren Nährboden für das Durchwachsen der Bakterien abgibt.

Daß die Blasen bei der Quarzquecksilberlampe im allgemeinen ebenso steril sind wie bei der Finsenlampe, erscheint ganz natürlich. Auffallend ist dagegen, daß alle von mir untersuchten Krusten infiziert waren, während bei den „Finsenkrusten" mehr als der dritte Teil steril befunden wurde. Die Zahl meiner Untersuchungen von Krusten nach Quarzquecksilberbeleuchtung ist allerdings zu klein, so daß es möglich ist, daß es sich dabei um einen Zufall handelt. Sollten sich diese Differenzen als Regel bestätigen, so müßte man nach einer Ursache für sie suchen. Ich möchte vorläufig nicht in Hypothesen darüber eintreten.

Auch bei den Kohlensäurereaktionen sind die Zahlen natürlich ebenfalls zu klein, um Schlüsse ziehen zu können. Im allgemeinen aber scheinen sich diese Entzündungen wie die nach der Beleuchtung zu verhalten.

Noch zwei Bemerkungen mögen an diese Untersuchungsreihe angeschlossen werden. Auf der einen Seite nämlich geht aus ihr hervor, daß entzündliche Blasen doch häufiger und länger steril bleiben können, als man namentlich auf Grund der Ekzemuntersuchungen im allgemeinen geglaubt hat. Es könnte daraufhin angenommen werden, daß die banalen Infektionserreger auf der Haut nicht so regelmäßig und stark verbreitet sind, wie meist behauptet wird. Aber diese Deutung scheint doch kaum berechtigt zu sein, denn wir sehen auf der anderen Seite tatsächlich alle möglichen Läsionen der Haut, gewöhnliche Schnittwunden, Verbrennungen usw., sich sehr schnell infizieren. Und da das auch, wie schon erwähnt, bei den meisten Ekzembläschen geschieht, so werden wir eher in der

Digitized by Google

Ätiologie und in der histologischen Eigenart der hier besprochenen Blasenbildungen, nicht aber in der fehlenden Ubiquität der Eitererreger den Grund für die Sterilität finden müssen.

Die zweite Bemerkung betrifft die oben schon angedeutete Tatsache, daß die Krusten sich — mit einigen Ausnahmen — klinisch nicht unterscheiden lassen, gleichviel, ob sie steril sind oder ob sie Staphylokokken oder Staphylo- und Streptokokken enthalten. Diese Frage hat wiederum eine gewisse Bedeutung für die Ekzemfrage. Man hat bei den Ekzemen darüber diskutiert, wie weit die banalen Infektionserreger für das Aussehen und den Verlauf der Ekzeme Bedeutung haben. Während die einen die Staphylokokken geradezu für die Erreger der Ekzeme hielten, meinten andere, daß sie alle sekundären Veränderungen derselben bedingen, und zwar im Sinne von eitriger Exsudation, Pustel- und Krustenbildung. Sabouraud versuchte durch bakteriologische und histologische Untersuchung die Rolle, welche die Staphylokokken und die, welche die Streptokokken bei den Ekzemen spielen, zu eruieren und glaubte beweisen, zu können, daß die ersteren Hauteiterung, die letzteren seröse Exsudation bedingen oder, wie er es auf Grund seiner Befunde bei Impetigo Bockhart einerseits, bei Impetigo contagiosa andererseits ausdrückte: Die Staphylokokken führen beim Ekzem zu einer Impetiginisation im Sinne der Impetigo Bockhart (besonders follikuläre Pustelbildung), die Streptokokken zu einer solchen im Sinne der Impetigo contagiosa. Ja Sabouraud meinte, von den Ekzemen mehr oder weniger gut charakterisierte Hauterkrankungen als chronische Staphylo- und Streptokokkendermatitiden absondern zu können. Auf dem Pariser Internationalen Dermatologenkongreß, auf welchem alle diese Fragen zur Diskussion kamen, sprach sich Jadassohn in seinem Referat auch über die Bedeutung der Staphylo- und Streptokokkeninvasion bei Ekzemen aus und betonte, daß es außerordentlich schwer, ja kaum möglich sei, aus dem klinischen resp. anatomischen Befund zu erschließen, in welchem Umfang die banalen Infektionserreger wirklich modifizierend auf die Ekzeme einwirken (ähnlich Brocq und Veillon).

Unsere Ergebnisse bei den Finsen- usw. Reaktionen scheinen im gleichen Sinne zu sprechen, da der klinische Befund von dem Bakteriengehalt überhaupt und von der speziellen Infektion mit Staphylokokken einerseits, Staphylo- und Streptokokken andererseits unabhängig zu sein schien. Dem entspricht auch der Verlauf der Finsenreaktionen. Nur selten sehen wir selbst bei ambulatorischer Finsenbehandlung, trotz gewiß unzureichender Vorsicht beim Verbinden im eigentlichen klinischen Sinn impetiginöse Erkrankungen auftreten.

Digitized by Google

II.

In einer zweiten kleineren Serie von Untersuchungen habe ich mich bemüht, festzustellen, wie es sich mit dem Bakteriengehalt bei den jetzt so viel angewendeten Pirquetschen und Moroschen Tuberkulinreaktionen verhält. Von Interesse schien eine solche Feststellung einmal aus praktischen Gründen. Es war von Bedeutung nachzuweisen, daß es sich hierbei in der Tat um ganz harmlose Eingriffe handelt und daß dieser praktischen Erfahrung auch die bakteriologischen Befunde entsprechen. Dann aber schien es auch nicht uninteressant, zu konstatieren, ob selbst bei starken Kutireaktionen eine banale Infektion keine Rolle spielt und ob, resp. in welchem Umfang die sich auch dabei bildenden Blasen, Pusteln und Krusten mit Staphylo- und Streptokokken infiziert werden. Ich habe zu diesem Zweck acht Pirquet- und neun Moro-Reaktionen bei je sechs Patienten untersucht, und zwar nach verschiedener Zeit ihres Bestehens und fast ausschließlich starke solche Reaktionen. Bei diesen Untersuchungen fand ich nur einmal in einer Moroblase Staphylokokken, alle anderen (und zwar drei Moroblasen und zwei Morokrusten, sieben Pirquetkrusten und eine Pirquetblase) waren steril. Man muß bedenken, daß die Desinfektion vor diesen kleinen Eingriffen doch meist keine sehr vollständige ist; man muß ferner bedenken, daß die Mororeaktionen meist auf einer etwas größeren Hautfläche angestellt werden und daß die Einreibung mit ihrer Follikelschädigung eigentlich recht günstige Bedingungen für eine Infektion schafft. Man muß endlich bedenken, daß die Reaktionsherde meist nur unvollkommen aseptisch geschützt werden. Bei Berücksichtigung von alledem sind die erhaltenen Resultate auffallend günstig. Von einer antiseptischen Beeinflussung, wie sie bei den Lichtreaktionen in Frage kommt, kann hier kaum die Rede sein. Die $^1/_2$% Karbolsäure, mit welcher die Tuberkulinlösungen für die Pirquetreaktion hergestellt werden, kann wohl kaum eine wesentliche Bedeutung beanspruchen. Die Tuberkulin-Lanolinsalbe Moros enthält keinen antiseptischen Stoff. Dabei sind speziell die Mororeaktionen gar nicht selten follikulär pustulös, und auch solche haben sich bei weiteren Versuchen an der Klinik als bakterienfrei erwiesen. Da die Reaktionen meist an den Armen oder an der Brust angestellt werden, so kann auch nicht wie bei den Handekzemen der Schutz einer besonders dicken Hornschicht gegen Infektion zur Erklärung der Sterilität herangezogen werden. Allerdings werden die Kutireaktionen im Gegensatz zu den Finsenreaktionen auf normaler, also von vornherein wohl relativ bakterienarmer Haut und in Gegenden angelegt, die besonders bakterienarm sind (Arme und Brust). Man muß aber doch wohl selbst bei Berücksichtigung dieser Momente annehmen, daß die starken entzündlichen Reak-

Digitized by Google

tionen der Infektion einen besonders energischen Widerstand leisten. Daß zwischen den gewöhnlichen chronischen Formen der Tuberkulose und den banalen Eitererregern kein Antagonismus besteht, das lehren ja leider die zahllosen Sekundärinfektionen bei allen möglichen Lokalisationen der Tuberkulose. Aber es wäre doch wohl möglich, daß die Verhältnisse bei diesen akuten spezifischen Entzündungen anders liegen als bei den chronischen Formen. So hypothetisch auch eine solche Annahme ist, die Tatsache der Sterilität dieser starken und selbst eitrigen Reaktionen verdient Beachtung, speziell auch gegenüber der bereits schon erwähnten Auffassung Sabourauds, daß alle eitrigen Prozesse auf der Haut, die durch Medikamente (wie Krotonöl usw.) zustande kommen, ihre eitrige Beschaffenheit der Staphylokokkeninfektion verdanken.

(Schluß folgt.)

Aus dem staatlichen hygienischen Institut der freien und Hansestadt Hamburg.
(Direktor: Prof. Dr. Dunbar, Abt. f. serobiologische Untersuchungen.)

Weiteres über die Infektiosität des Blutes Syphilitischer für Kaninchen.

Von

Oberarzt Dr. Aumann, komm. zum Institut.

An anderer Stelle habe ich[1]) bereits über eine größere Reihe von Verimpfungen von Blut und Blutserum syphilitischer Individuen in das Hodenparenchym von Kaninchen berichtet. Ich hatte dabei in fünf von sieben zur Untersuchung gelangten Fällen durch die Kaninchenimpfung mit mikroskopisch spirochätenfreiem Blut resp. Blutserum nach einer sechs- bis achtwöchigen Inkubationsdauer typische Spirochäten nachweisen können; von meinen 16 Kaninchen, die mit dem spezifischen Material geimpft waren, erwiesen sich 7 als syphilitisch infiziert, während bei den übrigen auch trotz längerer Beobachtungszeit nie der Nachweis von Spirochäten erbracht werden konnte. Der Prozentsatz der positiven Impfungen entsprach ungefähr den ersten von Uhlenhuth und Mulzer[2]) mitgeteilten Ergebnissen. Im Gegensatz zu ihnen mußte ich jedoch auf Grund meiner Impfergebnisse zu dem Schluß kommen, daß wir schon in einem verhältnismäßig großen Prozentsatz sicher syphilitischer Krank-

---

[1]) Aumann, Kaninchenimpfung mit Syphilitikerblut und Blutserum. Med. Klinik, 1912, S. 1710. — [2]) Berl. klin. Wochenschr., 1912, Jahrg. 49, S. 152 und Centralbl. f. Bakteriol. usw., 1912, I, Bd. 64, S. 165.

Digitized by Google

heitsfälle negative Ergebnisse erhalten, so daß ihr Bestreben, in der Kaninchenimpfung mit syphilisverdächtigem Material ein Analogon zur Meerschweinchenimpfung mit tuberkuloseverdächtigem Material zu gewinnen, meinem Erachten nach nur geringe Aussicht auf Erfüllung bietet.

Ich will an dieser Stelle noch in Kürze über den Ausfall meiner weiteren Untersuchungen berichten, insonderheit über die Fälle, die bei Abschluß meiner erwähnten Mitteilung noch nicht gestatteten, ein endgültiges Urteil abzugeben. Zugleich bietet sich hierbei Gelegenheit auf verschiedene Einzelheiten der inzwischen erschienenen ausführlichen Veröffentlichung von Uhlenhuth und Mulzer im Zentralblatt f. Bakteriologie, 1912, Abt. I, Bd. 64, S. 165 einzugehen.

Tabelle.

Fall	Lfd. Nr.	Tier, Nummer und Bezeichnung	Material: Klinische Angaben	Material: Art	Tag der Impfung	Spirochätennachweis im Kaninchenhoden: positiv	Spirochätennachweis im Kaninchenhoden: negativ	Bemerkungen
I.	1.	Kan. 41 S. Fr. III	Pat. Fra. Infektion Ende Februar. Ende April wunde Stelle am Penis. Lokal behandelt. Befund am 6.5.: Sklerose auf dem Innenblatt links oben. Starke indolente Inguinaldrüsen. Diskrete Roseola.	Blutserum	7. 5. 12	—	negativ bis zum 10.9.12 17 Wochen	1 Kan. vor Abschluß †
	2.	Kan. 42 S. Fr. IV		Blutserum	7. 5. 12	—		
	3.	Kan. 43 S. Fr. I		defibr. Blut	7. 5. 12	3. 7. 12 8 Woch.	—	† 27. 8. 12
II.	4.	Kan. 45 S. P. I	Pat. Pal. Infektion vor ca. drei Monaten. Befund am 6. 5.: Pfenniggroßes Ulkus am Frenulum. Starke indolente Inguinaldrüsen. Dichte Roseola, Papeln auf Penis, Skrotum und Fußsohle.	defibr. Blut	7. 5. 12	19.6.12 6 Woch.	—	
	5.	Kan. 46 S. P. II		defibr. Blut	7. 5. 12	—	negativ bis zum 10.9.12 17 Wochen	
	6.	Kan. 47 S. P. III		defibr. Blut	7. 5. 12	—		
III.	7.	Kan. 56 S. Wi. I	Pat. Wi. Infektion Ende März. Ca. 9 Wochen später wunde Stelle. Befund am 20. 5.: Markstückgroße Primärerosion auf dem Penis. Geringe Inguinaldrüsenschwellung. Roseola und einzelne Papeln.	defibr. Blut	21.5.12	—	negativ bis zum 10.9.12 15 Wochen	
	8.	Meerschw. 5 S. Wi. II		defibr. Blut	21.5.12	—		
	9.	Meerschw. 6 S. Wi. III		defibr. Blut	21.5.12	—		

Digitized by Google

Die Technik der Entnahme und Verimpfung war auch bei den jetzt zu besprechenden Fällen die gleiche, wie sie schon früher von mir zur Anwendung kam; genauere Einzelheiten sind somit aus meiner erwähnten Mitteilung zu ersehen. Ich kann daher gleich das Protokoll der Versuchsreihen folgen lassen.

Ich habe also — wie aus der Tabelle ersichtlich ist — unter drei weiteren Fällen auch jetzt wieder in einem (Fall III), trotz klinisch ausgesprochener Überschwemmung des Körpers mit syphilitischem Virus, ein absolutes Fehlresultat erhalten. In den beiden anderen Fällen konnte ich nur bei je einem der zu ausreichend langer Beobachtung gelangten Kaninchen Haftung des syphilitischen Giftes erzielen, so daß auch diese Ergebnisse durchaus nicht als besonders günstig bezeichnet werden dürfen. Ein positives Resultat ergaben in den beiden Fällen nur die Impfungen mit defibriniertem Blut; die Impfungen mit Blutserum lieferten schon bei meinen früheren Untersuchungen durchaus wechselnde Ergebnisse, so daß zurzeit noch keine Entscheidung möglich ist, welches Material als zur Impfung besonders geeignet heranzuziehen ist, wenn ich auch im großen und ganzen geneigt bin, defibriniertes Blut in erster Linie für diese Zwecke zu empfehlen; denn durch das zur raschen Gewinnung des Blutserums notwendige Zentrifugieren erscheint eine Schädigung des syphilitischen Virus immerhin als möglich[1]).

Auch UHLENHUTH und MULZER haben die günstigsten Ergebnisse durch Verimpfung mit defibriniertem Blut erzielt; allerdings sind gegenüber den hierdurch erhaltenen Resultaten die Impfungen mit Blutserum nicht erheblich viel schlechter ausgefallen. Klarheit in diese Frage werden aber erst noch weitere Untersuchungen bringen können.

Bezüglich der klinischen Befunde bei den das Impfmaterial liefernden Personen, ist zu bemerken, daß es sich nach den obigen Angaben um Individuen handelte, bei denen der Tag der Infektion etwa zwei bis drei Monate zurück lag, und die zur Zeit der Entnahme manifeste Erscheinungen ihrer syphilitischen Erkrankung aufwiesen. Nach meinen früheren Ausführungen war mir besonders Fall I auf Grund des klinischen Befundes (Infektion vor zwei Monaten, starke Drüsenschwellung, diskrete Roseola) zur Impfung besonders geeignet erschienen; der Ausfall der Untersuchungen mußte mich allerdings eines anderen belehren, da die beiden mit Blutserum geimpften Kaninchen bis jetzt völlig freigeblieben sind. Es spielen also sicherlich auch bei der Wahl des geeignetsten Zeitpunktes

[1]) Diese Annahme scheint mir andererseits allerdings nicht sehr begründet, da ich z. B. in einer Aufschwemmung spirochätenhaltigen Materials trotz 24stündigen Schüttelns im Schüttelapparat noch gut erhaltene, lebhaft bewegliche Spirochäten in erheblicher Menge nachweisen konnte.

Digitized by Google

für die Entnahme von Impfmaterial andere, noch nicht geklärte Umstände eine wichtige Rolle.

Uhlenhuth und Mulzer erhielten dagegen auch bei Impfungen mit Material von vorgeschrittenen Fällen sekundärer Syphilis positive Ergebnisse, ebenso wie bei primärer Syphilis; ihre Impfungen mit Material von tertiärer Lues verliefen aber bisher negativ; allerdings liegt zurzeit erst eine geringe Zahl von Untersuchungen vor, so daß zur Gewinnung eines Urteils das endgültige Resultat abgewartet werden muß.

Die Frage, inwieweit es sich zur Erzielung positiver Ergebnisse empfiehlt, die Impfung der Kaninchen sofort an die Entnahme des Materials vom Menschen anzuschließen, kann nach den vorliegenden Berichten noch nicht als zweifelsfrei bezeichnet werden.

Frühwald[1]), dem es auffallenderweise nie gelungen ist, durch Blutimpfung in den Kaninchenhoden eine syphilitische Infektion zu erzielen, zieht auf Grund der bis Ende des Jahres 1911 vorliegenden Veröffentlichungen noch den Schluß, daß zur Erzielung einer Haftung das Blut „frisch, noch nicht geronnen" sein müsse. Die Impfungen von Uhlenhuth und Mulzer erfolgten in gleicher Weise auch stets mit ganz frischem Material und zwar nahmen sie bei Verwendung defibrinierten Blutes die Übertragung nach „spätestens zehn Minuten" vor. Zur Gewinnung des Serums ließen sie das entnommene Blut nicht erst durch längeres Stehenlassen gerinnen, sondern nach sofortigem Zentrifugieren nach der Entnahme erfolgte auch hier „nach etwa zehn Minuten" die Impfung.

Ich war dagegen aus äußeren Gründen nicht in der Lage, die Übertragung schon so kurze Zeit nach der Entnahme vornehmen zu können; diese fand vielmehr erst frühestens nach einer Stunde statt, in mehreren Fällen verstrichen sogar bis zu zwei Stunden. Das Material kann danach wohl nicht mehr als „frisch" im Sinne Frühwalds bezeichnet werden. Das Blutserum wurde, wie ich jetzt zu meinen früheren Ausführungen genauer hinzufügen muß, stets dadurch gewonnen, daß ich das für diese Zwecke getrennt aufgefangene Blut durch längeres Stehenlassen erst zur Gerinnung kommen ließ — in einigen Fällen hielt ich es zur Beschleunigung des Vorganges auch etwa $^1/_2$ Std. im Eisschrank — und dann zentrifugierte. Es lag also auch hierbei jedesmal zwischen Entnahme und Überimpfung ein ziemlich erheblicher Zeitraum. Meine Ergebnisse wurden somit in allen Fällen durch Verimpfung von nicht mehr ganz frischem und zum Teil schon geronnenem Material gewonnen.

Unter diesen Umständen erscheint es mir doch auch sehr zweifel-

---

[1]) Wien. klin. Wochenschr., 1912, Jahrg. 25, Nr. 16, S. 586.

Digitized by Google

haft, ob der in meiner ersten Mitteilung beschriebene Fall VIII tatsächlich nur auf Grund der verspäteten Überimpfung — etwa vier bis fünf Stunden nach der Entnahme — negativ verlaufen ist, oder ob bei diesen Untersuchungen nicht doch noch andere, bisher unbekannte Momente von Wichtigkeit sind. Jedenfalls lassen die Ergebnisse meiner Untersuchungen mit unzweifelhafter Sicherheit den Schluß zu, daß sich das syphilitische Virus im Blute außerhalb des menschlichen Körpers mindestens bis zu zwei Stunden in infektionsfähigem Zustand gehalten hat.

Weitere Versuche über die Dauer und den Grad der Infektionstüchtigkeit des syphilitischen Virus außerhalb des menschlichen Körpers scheinen unter diesen Umständen recht bedeutungsvoll, da sie uns sicherlich noch manchen beachtenswerten Hinweis auf die Übertragungsmöglichkeit der Syphilis in der unbelebten Außenwelt geben werden. Ich weise z. B. auf die so oft beschuldigte Infizierung mit Syphilis durch gemeinsame Benutzung von Eßgeschirren (Gabel, Gläser) hin, für die ein exakter Beweis bisher wohl noch nicht erbracht werden konnte[1]).

Die Länge der Inkubationszeit entsprach in den beiden jetzigen, positiv verlaufenen Fällen wiederum genau der, wie ich sie bereits früher angegeben hatte. In dem einen Fall (Fall I, Nr. 3) konnte der Spirochätennachweis nach acht Wochen, bei dem zweiten Kaninchen (Fall II, Nr. 4) bereits schon nach sechs Wochen erbracht werden, also in genauer Übereinstimmung mit meiner früheren Angabe, daß die Inkubation zwischen sechs bis acht Wochen schwankt.

Die Untersuchungsergebnisse sämtlicher übrigen Kaninchenimpfungen, die dieser Mitteilung zugrunde liegen, sind bisher — also auch nach einer Beobachtungszeit von 15—17 Wochen — absolut negativ verlaufen. Ich betrachte es jetzt mit größter Wahrscheinlichkeit für ausgeschlossen, daß überhaupt noch ein positives Ergebnis zu erwarten ist.

Auf den weiteren Verlauf der Untersuchungen bei den Kaninchen meiner ersten Mitteilung werde ich im folgenden noch in Kürze eingehen müssen.

Ich befinde mich nämlich hier mit meinen Befunden in einem starken Gegensatz zu UHLENHUTH und MULZER. Diese Autoren fanden eine „wechselnde, meist recht lange" Inkubationszeit. Als kürzeste Zeit fanden sie eine Inkubation von $5^1/_2$ Wochen (38 Tage, Kaninchen 25 ihrer zweiten Mitteilung), demgegenüber betrug die längste Inkubation $14^1/_2$ Wochen (101 Tage, Kaninchen 34, ebenda). Danach also ganz erhebliche Schwankungen in regelloser Willkürlichkeit.

---

[1]) Bezüglich der Literatur verweise ich auf MÜHLENS, Treponema pallidum (SCHAUDINN) in PROWAZEK, Handb. der pathogenen Protozoen; J. A. Barth, Leipzig 1912.

Digitized by Google

Beide Autoren weisen aber gleichzeitig auf die Schwierigkeit hin, die kleinen wenig charakteristisch ausgesprochenen Herde im Hodenparenchym palpatorisch festzustellen.

Ob dieser Umstand nicht doch bei der Beurteilung der außerordentlich langen Inkubationszeiten von Uhlenhuth und Mulzer in Betracht zu ziehen ist, will ich nicht entscheiden. Ich kann nur sagen, daß in der größeren Zahl meiner Impfungen das durch die Punktion festgestellte Ergebnis auch durch die Sektion der Kaninchen — natürlich nach sehr langer Beobachtungszeit — gesichert wurde. Die Tiere, bei denen durch die Punktion kein positives Ergebnis erhoben wurde, zeigten auch bei der Sektion einen negativen Befund.

Darum bin ich geneigt, anzunehmen, daß auch bei dem Kaninchen die Inkubationszeit eine regelmäßige ist, unter der Voraussetzung, daß als Ausgangsmaterial solches gewählt wird, das, wie z. B. im Blut, die Krankheitskeime ohne Begleitbakterien enthält.

Daß dann diese Inkubationszeit nach Anpassung des Stammes an den Tierkörper gleichmäßig sinkt, habe ich bereits früher gezeigt.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 10. Dezember 1912.

Originalbericht von Dr. O. Sprinz-Berlin.

1. Blumenthal stellt a) eine 52jährige Frau vor, die seit 10 Jahren an einer **Psoriasis** nur der rechten Hand leidet; besonders befallen ist die Vola der Hand, dorsal nur die Finger. Sonst fand sich am ganzen Körper nie etwas von Psoriasis. b) 27jährige Frau mit **Erythema induratum** mit verdächtiger Lungenaffektion und positivem Pirquet.

2. Löhe berichtet über **schwere Folgezustände nach Salvarsaninjektionen.** Es handelte sich um einen 22jährigen kräftigen Arbeiter mit abgeheiltem Primäraffekt und spärlichem papulösem Syphilid. Patient, der mit $1^1/_2$ Spritzen Hg salicyl. vorbehandelt worden war, erhielt 0,4 Altsalvarsan. Nachdem er sich einen Tag wohlgefühlt hatte, traten heftige Kopfschmerzen, Erbrechen und anhaltende Bewußtlosigkeit mit einem Temperaturanstieg bis zu 40,2 ein. Erst durch wiederholte Kochsalzeingießungen — rektal und intravenös — erlangte der Kranke allmählich das Bewußtsein wieder.

Ähnlich verlief ein Fall, den Löhe einige Monate vorher beobachten konnte; Patient (Primäraffekt an der Wange, Skleradenitis) erhielt 0,6 Neosalvarsan. Sechs Tage danach entwickelten sich unter heftigen Muskelschmerzen die gleichen bedrohlichen Symptome wie oben beschrieben.

Löhe lobt nachdrücklichst die gute Wirkung der intravenösen Kochsalzinfusion.

Tomasczewsky: Solche Fälle sind nicht selten. Das Wesentliche an ihnen ist der Umstand, daß die Erscheinungen sich erst tagelang nach erfolgter Injektion einstellen und daß die Patienten sich relativ schnell von ihrer schweren Bewußtlosigkeit erholen. Es kann sich also nicht um degenerative Prozesse handeln, sondern wohl um

Digitized by Google

Schwellungszustände (Hyperämie und Ödem). Aber von da bis zur hämorrhagischen Enzephalitis ist nur ein Schritt! Wasserfehler sind auszuschließen, da frische Lösungen verwendet wurden. Auch von der Herxheimerschen Reaktion kann man absehen. Wahrscheinlich handelt es sich um Patienten mit abnormer Empfindlichkeit gegen Salvarsan bzw. Neosalvarsan.

Rosenthal stimmt dem bei. Es handelt sich gewiß um Überempfindlichkeit gegen Salvarsan, aber bestimmte toxische Wirkungen des Salvarsans sind zu berücksichtigen. R. rät das Injektionsinstrumentarium vor dem Gebrauche mit absolutem Alkohol durchzuspülen, um anhaftende Niederschläge zu beseitigen.

F. Lesser glaubt nicht an Idiosynkrasie, denn die Störungen sind z. T. erst nach der zweiten Injektion aufgetreten und nach einer abermaligen Injektion ausgeblieben. Schuld sind wahrscheinlich abnorme Zersetzungen, bedingt durch den Organismus oder durch das Präparat selbst.

3. Werther berichtet über **zwei Todesfälle nach Salvarsan.** a) Nach gründlicher Hg-Kur erhielt Patient (Lues I) zwei Salvarsaninjektionen zu 0,4 und 0,6. Zwei Tage lang Wohlbefinden. Dann stellten sich Kopfschmerzen, Erbrechen, Bewußtlosigkeit und epileptiforme Anfälle ein. Hyperämie des Sehnerven, zweimal Lumbalpunktion, Liquor stark positiv, Exitus. Die Sektion ergab keine Meningitis, vielleicht erfolgte der Tod ähnlich wie im paralytischen Anfalle. b) Bei einem Epileptiker entwickelten sich nach Salvarsaninjektion die gleichen Erscheinungen unter hohem Fieber. Kochsalzinfusionen blieben erfolglos.

Pinkus: Der Fall (a) ist sehr vorsichtig behandelt worden, wenn auch P. selbst bei seinen weiblichen Kranken nur 0,3 Salvarsan zu geben pflegt. Was die Ursache der schweren Zufälle betrifft, so muß ein gewisser Zusammenhang mit hyperämischen Zuständen vorhanden sein. So hatten wir im Hospital eine Patientin mit alter Lues. Das Exanthem war von selbst abgeheilt, so daß eine spontane Verringerung der Giftstoffe angenommen wurde. In diesem Falle wurde deshalb ausnahmsweise kein Hg vor Salvarsan gegeben, was sonst immer geschieht, um stürmische Reaktionen auszuschließen. Die Temperatur stieg nach der Injektion hoch an und blieb so zwei Tage bestehen. Das war gewiß eine Herxheimersche Reaktion! Pathologisch-anotomisch muß es sich bei der sofort nach der Infusion auftretenden Hirnstauung um Schwellung der Meningen handeln. Anders verhält es sich beim Ödem in den Nervenzentren selbst; dieses macht zunächst keine objektiv wahrnehmbaren Erscheinungen, da das bißchen Hyperämie und Ödem in der weichen Hirnmasse keinen Druck verursacht; es kann aber anatomische Läsionen hinterlassen, und diese kommen erst einige Tage nachher klinisch zum Ausdruck (Degeneration von Nervenfasern nach Blutungen usw.). Unter 1000 Patienten im Krankenhause kamen nur zwei richtige Neurorezidive vor, die leider konstant blieben, dagegen eine größere Zahl Herxheimerscher Reaktionen in den Sinnesnerven (schlechtes Sehen und Hören), die sich bald — ob behandelt oder unbehandelt, blieb sich gleich — zurückbildeten.

4. Chajes zeigt einen Knaben, den er bereits vor Jahresfrist wegen einer seltenen **Pilzerkrankung der Kopfhaut** demonstriert hatte (Trichophyton asteroides gypseum). Die Herde sind mit schwerer Narbenbildung abgeheilt.

5. F. Lesser: **Zur Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion.** Alle Versuche, die Wassermannsche Reaktion zu verfeinern, bewegen sich nach der Richtung, mehr positive Resultate zu erzielen, als es durch die Originalmethode möglich ist, weil tatsächlich viele Versager vorkommen. Das kann nicht der Sinn sein, auf den es bei einer Verbesserung der Methode ankommt. Man soll nicht möglichst viele positive Fälle herauszuholen suchen, sondern lieber Fälle opfern, um die Feinheit der Reaktion

Digitized by Google

zu erhöhen. Die Verschiedenheit der Untersucher und der verwendeten Ingredienzen spielt eine Rolle; auch die Vorversuche führen zu keiner Einheitlichkeit. Besonders große Schwierigkeit bezüglich der Deutung verursachen die schwach positiven oder besser gesagt, die unsicher positiven Fälle. Einzelne lassen nur absolute Hemmungen gelten, andere schon den leisesten Schleier. Die Serumkontrolle ist auf Grund L.s Erfahrung überflüssig. Über die Zeit, nach welcher die Resultate abgelesen werden sollen, besteht keine Einigkeit. Die Antigenkontrolle, die von allen Kontrollen nach L.s Erfahrungen am schnellsten zur Hämolyse führt, kann aus manchen Gründen nicht zur Richtschnur dienen, wann das Resultat abgelesen werden soll; aber ebensowenig die negativen Kontrollsera, denn diese verhalten sich verschieden, die einen springen vor, die andern lösen sich sehr langsam. Im ersteren Falle wird man leicht in Fehler geraten und den Versuch für abgeschlossen halten, wenn er es noch nicht ist. In den meisten Seren steckt ein Gehalt an normalem Ambozeptor gegen Hammelblut. Sera, die dessen ermangeln, führen viel langsamer zur Hämolyse, weil sie allein auf den künstlichen Ambozeptor angewiesen sind. Man kann jedoch durch Arbeiten mit fallenden Serummengen den Normalambozeptor austitrieren. Die hauptsächlichste Bedeutung haben nach L.s Ansicht folgende Punkte: Sachs sah positive Reaktionen bei nicht inaktivierten Seren; theoretisch sollte man wegen des Komplementüberschusses des aktiven Serums das Umgekehrte erwarten. Der Grund hierfür sind die im Serum vorhandenen, nicht spezifischen Reagine, die aber nur mit Antigen zusammen komplementbindend wirken. Sie sind häufig in großer Menge vorhanden: Noch bei 0,008 Serum ist die Reaktion stark positiv; schon durch drei Minuten langes Erwärmen wird der größte Teil derselben zerstört, aber selbst nach $^1/_2$ Stunde sind nicht alle zerstört. Auch die Spinalflüssigkeit darf nicht im aktiven Zustande untersucht werden, wie es oft geschieht, von dem Gedanken ausgehend, daß sie ja kein Komplement enthalte und die Erhitzung (Inaktivieren) nur dazu da sei, das Komplement zu zerstören.

In Fällen partieller Hemmung stelle man wegen des möglichen Gehalts an nicht spezifischen Reaginen eine aktive Serumkontrolle mit fallenden Mengen an.

Kromeyer: Die Vorgänge bei der W. R. lassen sich in Form einer Gleichung darstellen:

Hämolyt. Syst. + Antig. + Serum + Kompl. = negativ
Hämolyt. Syst. + Antig. + spez. Ser. + Kompl. = positiv.

Auf die Ambozeptormenge kommt es nicht an; die verschiedenen Extrakte sind zwar nicht gleichwertig, aber für die Untersuchung als konstant anzusehen; auch das Serum kann nicht für die Verschiedenheit der Resultate verantwortlich gemacht werden. Das Komplement dagegen ist der Hauptpunkt! Es besteht ein großer Unterschied an Komplementgehalt zwischen jungen hungernden und alten gut genährten Tieren. Der Komplementgehalt ändert sich schon nach wenigen Stunden Stehens des Meerschweinchenserums. Wir müssen also das Komplement titrieren. Bei der Titration ergeben sich Schwankungen von 6—12%. In der Gleichung darf nur eine Unbekannte sein, nämlich das Serum, dann wird das negative Resultat Heilung bedeuten.

Ledermann hat 480 Fälle mit einfachen und verstärkten Serumdosen untersucht; anfangs verwandte er 0,1, 0,2, 0,3 und 0,4 Serum, später nur 0,1 und 0,4 Serum. Von diesen 480 Fällen reagierten: (s. Tabelle auf S. 89).

Bei den 237 negativen Fällen war in 94 Fällen Lues sicher auszuschließen, in 68 Fällen blieb die Diagnose unbekannt, in 75 Fällen sichere Lues, aber klinisch geheilt. In einem dieser Fälle wurde die Reaktion nach 2 Monaten wieder positiv, also das Verbleiben der Negativreaktion bei 0,4 Serum kann nicht ohne weiteres als Heilung aufgefaßt werden. Es empfiehlt sich jedenfalls bei sicherer Lues mit zweifelhafter und

Digitized by Google

Zahl der Fälle	bei 0,1 Ser.	bei 0,4 Ser.	
127	stark pos.	stark pos.	
46	schwach pos.	schwach pos.	
48	schwach pos.	stark pos.	In 36 dieser Fälle lag sichere Lues vor
22	neg.	pos.	In 14 dieser Fälle lag sichere Lues vor
237	neg.	neg.	
Sa: 480			

negativer Reaktion, den Versuch zu machen, die Reaktion mit 0,4 Serum stärker und klarer zu gestalten.

Blumenthal: Es bedarf keiner besonderen Komplementtitration, da wir ja das Komplement zusammen mit dem hämolytischen Ambozeptor austitrieren. Bl. zieht alkoholischen syphilitischen Leberextrakt anderen Antigenen vor. Die differenten Resultate erklären sich auch durch die verschiedenen Extrakte. Die Serumkontrolle soll man nicht fortlassen, da Fälle von Eigenhemmung vorkommen können. Nach seiner Erfahrung lösen normale Seren immer voran; darauf erst löst die Extraktkontrolle; was dann noch nachlöst, ist mit Fragezeichen zu versehen.

Pinkus: Es ist biologisch nicht das gleiche, ob man bei der Versuchsanordnung von vornherein die doppelte Komplementmenge hinzusetzt oder erst einmal die Hälfte Komplement, und nachdem die Reaktion fertig ist, noch einmal die andere Hälfte Komplement hinzufügt. Also aus der auf diesen nachträglichen Komplementzusatz folgenden Lösung läßt sich nicht schließen, daß die Mengenverhältnisse des Komplements eine so große Wichtigkeit hätten, wie Kromeyer meint. Übrigens scheinen bei gleichmäßigem Tiermaterial (ca. 300 g große Tiere) und gleichmäßigem Futter die Schwankungen des Komplementgehaltes des Meerschweinchenserums sich in sehr geringen Grenzen zu bewegen.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

November 1912.

Der Lebenszyklus der Syphiliserreger, von I. E. R. Mc Donagh. Verfasser ging von der Ansicht aus, daß die Spirochaete pallida das männliche Glied als Endstadium eines noch unbekannten Protozoon sei und zwar vor allem deshalb, weil er eine Spirochaete pallida niemals in Teilung sah. Er wählte zu seinen Untersuchungen 17 Lymphdrüsen (sowohl vor, wie nach Salvarsanbehandlung), 10 Schankergeschwüre in ihren verschiedensten Stadien und über 20 verschiedene Hautaffektionen (ebenfalls vor und nach Salvarsan) und zur Kontrolle Lymphdrüsen, wie sie in normalem Zustande bei Tuberkulose, Lymphadenom und anderen malignen Erkrankungen vorkommen. Die zu beschreibenden Körperchen fand er in den meisten Fällen von Syphilis und in keinem der Kontrollfälle. Der Beginn des Zyklus ist ein Sporozoit oder infektiöses Körnchen, welches durch seine Beweglichkeit eine Zelle (ein großes einkerniges Leukozyt) erreicht und in dieselbe eintritt. Das Sporozoit wird nun bewegungslos, nimmt an Umfang zu und seine weitere Entwicklung findet auf Kosten des Protoplasmas der ein-

Digitized by Google

kernigen Zelle, deren Kern immer intakt bleibt, statt, während das degenerierte Protoplasma um das Sporozoit eine mit demselben ständig wachsende Hülle bildet. Wo keine Teilung des Parasiten statthatt, geht die Entwicklung weiter bis zur Bildung der Spirochäten — der männliche Entwicklungsgang. In den Fällen, wo Teilung stattfindet, hat die eine Hälfte den männlichen, die andere den weiblichen Entwicklungsgang, letzere scheint in diesem Stadium die einkernige Zelle zu verlassen. Das weibliche Merozoit nimmt eine Rundform an und wird dann durch allmählige Verschmelzung unter Bildung mehrerer Übergangsformen in eine sphärische Masse — nach Mc D.s Ansicht das erwachsene Weibchen oder Makrogamete — verwandelt. Wenn all das Beschriebene — die genaueren Einzelheiten sind nur mittels der beigegebenen Zeichnungen verständlich — richtig ist, so gehörte der Syphilisparasit zu der Ordnung „Sporozoen" und der Unterklasse Telosporidien, da die Sporen am Ende der Entwicklung sich bilden. Die eigentliche Ordnung sind wahrscheinlich die Cocciideen und die Spezies das Leukozytozoon, weshalb der Name des syphilitischen Parasiten Leukozytozoon syphilis sein sollte. Die Infektion findet wahrscheinlich durch das Sporozoit und nicht durch die Spirochaete pallida statt. Die in Schnitten syphilitischer Gewebe sichtbaren Körperchen sind zweifellos Typen aus allen oben erwähnten Stadien. Sicherlich können sie noch nach der Salvarsanbehandlung gefunden werden und es ist noch nicht möglich, zu sagen, welche Wirkung antisyphilitische Behandlung auf sie hat, ebenso, ob es notwendig ist, so viele Salvarsaninjektionen, wie es nun üblich ist, zu geben und ob wir schließlich auf dem richtigen Wege mit dem Bestreben sind, eine negative Wassermannsche Reaktion zu erzielen. Vom diagnostischen Standpunkte aus dünkt Mc Donagh die Entdeckung des Entwicklungsganges des syphilitischen Parasiten ein bedeutender Gewinn, weil andere und leichter als Spirochäten zu findende Körperchen leicht zu demonstrieren seien und die alte Schwierigkeit, ein Granuloma von einem anderen in Schnitten zu unterscheiden, nun teilweise beseitigt sei.

Ulcus rodens am Rücken eines 12jährigen Knaben, von I. H. Sequeira-London. Das Ulkus saß etwa $^3/_4$ Zoll über dem unteren Winkel des linken Schulterblattes und hatte etwa Sixpencegröße. In der Achselhöhle keine vergrößerte Drüse, sonst keine Hautveränderungen, kein Mal. Die mikroskopische Untersuchung eines exzidierten Stückchens ergab Basalzellenkarzinom der Haut. Auf lokale Applikation von Radium (16 mg auf einer mit Firnis gedeckten und mit einer Gummikappe umhüllten Platte), 4 Stunden lang fortgesetzt, erfolgte heftige Reaktion und nach Abstoßung der Kruste schien das Ulkus geheilt zu sein. Der Fall ist wegen des Sitzes des Ulkus (rodens), das sehr selten außerhalb des Gesichts vorkommt, und wegen des Alters des Patienten bemerkenswert. S. hatte nur noch zwei ähnliche Fälle und zwar (im Gesicht) bei einem 15jährigen Mädchen und bei einem Erwachsenen am Rücken, die jeder Behandlung trotzten, beobachtet.

Stern-München.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Oktober 1912.

Pellagra, von Oliver S. Ormsby-Chicago. Nach kurzer Beschreibung all der bekannten Symptome der Pellagra, die hauptsächlich in dem Hautexanthem, Magen-Darmstörungen und mehr weniger ausgeprägter allgemeiner Schwäche und Abmagerung bestehen, kommt Verfasser zu dem Schlusse, daß Pellagra ein Leiden sei, das auf Infektion mit einem lebenden Mikroorganismus beruhe. Im Darmkanale sei möglicherweise beim Menschen die Wohnstätte dieser Parasiten, der Anteil, welchen die Insekten hierbei spielen, sei nur nebenhergehend. Die immer mehr zunehmende Zahl der Fälle in

Digitized by Google

den Vereinigten Staaten bilde eine entschiedene Gefahr für das öffentliche Wohl und es erscheint daher wichig, daß nach den außerhalb der Staatsspitäler vorhandenen Fällen sorgfältig gefahndet und die Ärzte allerwärts über die Möglichkeit des Vorkommens einer Krankheit, welche in Italien 150 Jahre lang ein Nationalunglück gewesen sei, unterrichtet werden.

Seborrhoea capitis, von GEORGE THOMAS JACKSON und CHARLES WOOD MC MURTRY-New York. Den intensiven Arbeiten SABOURAUDS folgend, treten Verfasser für dessen Einteilung ein und nehmen vier Formen — anstatt der Seborrhöe HEBRAS mit drei Unterabteilungen (oleosa, sicca und inflammatoria) — an, nämlich, 1. eine einfache Seborrhöe, 2. Pityriasis simplex capitis, 3. Pityriasis steatodes, 4. Dermatitis seborrhoica. Die erste einfache Seborrhöe, ist die Seborrhoea oleosa der alten Autoren; dabei erscheinen nicht nur behaarter Kopf und Haare abnorm fett oder ölig, sondern auch die Haut der Stirne und Nase. Nach SABOURAUD beruht dies Hautleiden auf Infektion der Kopfhaut mit dem Mikrobazillus. Bei der zweiten Art kann das Haar von normalem Aussehen sein, ist aber gewöhnlich trocken und glanzlos, den Haaren hängen weiße oder graue Schuppen wie Puder an, die leicht abgekämmt werden können. Die Kopfhaut ist völlig frei von Entzündung. Subjektiv ist Jucken vorhanden, gewöhnlich der ganze Kopf befallen, Kahlheit entsteht aber nicht aus dieser Form der Seborrhöe. Nach SABOURAUD sind die Malassezsporen, die indentisch mit dem Flaschenbazillus UNNAS sind, die Erreger dieser Form. Bei der dritten Gruppe (Pityriasis steatoides) ist der behaarte Kopf mit dicken, gelben Schuppen, die oft zu Krusten sich anhäufen, bedeckt; sie können in großer Menge vorhanden sein, sind der Kopfhaut fest adhärent und nicht leicht abzukämmen. Der Zustand ist mit der gewöhnlichen Seborrhoea sicca identisch. Bakteriologisch ist der spezifische Erreger noch nicht festgestellt. Gewöhnlich tritt diese Form auf, wenn schon mehrere Jahre am Kopf einfache Pityriasis existiert hat. Die Dermatitis seborrhoica beginnt am behaarten Kopfe mit kleinen einzelnen oder in Gruppen angeordneten Herden, es kann der ganze Kopf befallen sein, gewöhnlich sind aber nur eine Anzahl umschriebener, von normaler, aber schuppiger Haut umgebener Herde vorhanden. Ein Charakteristikum der Dermatitis seborrhoica ist, daß sie auch auf andere Körperstellen, wie besonders Gesicht und Augenbrauen, übergeht. Bakteriologisch handelt es sich hier um eine Mischinfektion mit den Sporen Malassez, dem polymorphen Kokkus und dem Mikrobazillus.

In der folgenden Diskussion (auf der 36. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologenvereinigung, St. Louis, 23.—25. Mai 1912) wurde vor allem die Therapie der Seborrhoea capitis besprochen, auf welche JACKSON und MC MURTRY nicht eingegangen waren und von allen Rednern hervorgehoben, daß hierbei in erster Linie fleißige Reinhaltung des Kopfes in Betracht komme, im übrigen das Leiden sehr hartnäckiger Natur sei und auch oft Allgemeinbehandlung (mit tonischen Mitteln) erheische. Hochfrequenzströme und Röntgentherapie erwiesen sich manchmal, wenn alle anderen Mittel versagt haben, von Vorteil.

LAIN berichtet, daß die Indianer Nordamerikas, welche noch kein zivilisiertes Leben führten, von Seborrhöe nicht ergriffen würden, während ihre Kinder, welche mit anderen zusammen die Schule besuchen, schon verschiedene Fälle derselben aufwiesen.

In seiner Replik erklärt JACKSON, daß er nur die theoretische Seite der Seborrhöe einer gründlichen Revision zu unterziehen die Absicht hatte, daß er aber bezüglich der Therapie im allgemeinen mit den Vorrednern übereinstimme und die Wichtigkeit peinlichster Reinhaltung von Haarkämmen und Bürsten, wie aller Toiletteartikel, und gründliche Desinfektion (wenigstens 1—2mal pro Woche) derselben betonen müsse.

Lichen planus diffusus, gefolgt von vesikobullöser Affektion, Heilung der-

Digitized by Google

selben mit einer Injektion von autogener Vakzine, von B. HUTCHINS-Atlanta. In dem Falle handelte es sich um einen 6jährigen Knaben, bei dem die Eruption — an Handgelenken, Vorderarmen und Beinen — seit etwa Monatsfrist bestanden hatte. Während der ursprüngliche Lichen planus zur Besserung, wenn auch nicht Heilung kam, stellten sich drei Monate später an den Unterschenkeln, im Gesicht und an den Händen pustulösvesikulöse Eruptionen ein. Aus einer Pustel wurde die Reinkultur des Staphylococcus aureus gewonnen, eine Vakzine daraus hergestellt und eine Dosis von 25 Millionen Kokken injiziert. Es erfolgte sehr rasch darauf pompte Heilung sowohl des vesicopustulösen Ausschlags, wie des Lichen ruber. Trotzdem möchte H. nicht so weit gehen, dem Staphylokokkus eine ätiologische Beziehung zu letzterem Hautleiden zuzuschreiben.

November 1912.

Ein Fall von sogenannter Prurigo nodularis, von JOSEPH ZEISSLER-Chicago. Der Fall betraf eine 47jährige Frau, bei welcher an Armen und Beinen, mehr an deren Streck- als an den Beugeseiten, zahlreiche erbsen- bis haselnußgroße Effloreszenzen von fester Konsistenz und gelbbrauner bis braunroter Farbe vorhanden waren. Dieselben sind alle vereinzelt, zeigen keine Neigung zu Gruppierung und die zwischen ihnen liegende Haut erscheint normal; innerhalb der Kutis gelegen, scharf umschrieben und in verschiedenem Grade über der Haut erhaben, zeigen sie meist eine etwas rauhe Oberfläche, die größeren eine mehr abgeplattete und ähneln verrukösen Gebilden. Das vollständige Freisein des Rumpfes von irgend welchen Hautaffektionen steht in scharfem Gegensatz zu der Ausdehnung des Leidens auf die Ober- und Unterextremitäten. Die mikroskopische Untersuchung von zwei exzidierten Knötchen ergab hauptsächlich Veränderungen papulo-verrukäser Natur, ausgesprochene Vergrößerung der Hornschicht, perivaskuläre Entzündungserscheinungen im Korium, weniger in der Papillarschicht. Die Affektion scheint vor etwa 20 Jahren am zweiten Finger der linken Hand begonnen und seitdem allmählich sich immer mehr ausgebreitet zu haben, bis sie vor ein paar Jahren zu einem gewissen Stillstand gekommen ist. Vergebens hat Patientin bei allen möglichen Ärzten und auch in Heilbädern Hilfe für ihr Leiden gesucht. Z. wandte 10% Chrysarobinsalbe und Röntgenbestrahlung an, es trat zwar darunter merkliche Besserung (Rückbildung und schließlich Abheilung der harten, keratomatösen Gebilde), aber sehr bald wieder erneutes Auftreten neuer ähnlicher Hauteffloreszenzen ein. Von der seltenen Affektion sind bis jetzt 7, worunter einer aus HERXHEIMERS Klinik unter dem Namen „Tuberosis cutis pruriginosa" veröffentlicht und stets die Hartnäckigkeit und Persistenz des Leidens betont worden.

Acanthosis nigricans mit Bericht über einen Fall, von ALFRED SCHALEK-Omaha. Der vom Verfasser beobachtete Fall betraf eine 58jährige Frau, Schwedin, bei welcher die Hautpigmentierung zuerst etwas vor sechs Monaten auftrat und mit einem allmählichen Körpergewichtsverlust von 75 Pfund verbunden war. Die ganze Haut mit Ausnahme jener von Handteller, Fußsohlen und behaartem Kopf ist gelb- bis schwärzlich verfärbt, die papilläre Hypertrophie besonders ausgeprägt an Händen und Fingern, die mit dicken, rauhen Massen konfluierender Warzen bedeckt waren und dadurch verdickt aussahen, die ganze Haut ist in all ihren Schichten verdickt und fühlt sich wie Leder an. Jucken ist in äußerst hohem Grade vorhanden. In den Achselgegenden und um die Vulva- und Analöffnungen herum zeigen sich nicht die von manchen Autoren als diagnostisch wichtig hervorgehobenen papillären Wucherungen. Die Abdominaluntersuchung ergab einen im Becken liegenden, aber frei beweglichen (mit den Unterleibsorganen nicht zusammenhängenden) Tumor. Es ist also auch hier, wie in fast allen jetzt publizierten (60) Fällen die Koinzidenz des Hautleidens mit einem malignen

Digitized by Google

Neoplasma vorhanden. Die Krankheit befällt die Haut in symmetrischer Weise unter Vorzug gewisser Körpergegenden, ihr Verlauf ist ausgesprochen chronisch, früher oder später mit allgemeiner Kachexie verbunden und führt regelmäßig zu tödlichem Ende. Drei Viertel der Patienten sind Weiber im Alter zwischen 35 und 40 Jahren. Die Diagnose der Acanthosis nigricans sollte ohne Schwierigkeit gestellt werden, wo die charakteristischen Hautveränderungen in Verbindung mit einem Tumor vorhanden sind. In atypischen Fällen jedoch wird sie wahrscheinlich oft übersehen und für andere Zustände gehalten. Melanosis infolge lange fortgesetzten Arsenikgebrauchs ist nicht verbunden mit Keratose, ausgenommen an Fußsohlen und Handtellern, Stellen, welche bei Akanthosis gewöhnlich frei sind; Addisons Krankheit besteht hauptsächlich aus Pigmentierung ohne papilläre Hypertrophie; Schleimhäute der Zunge, Gaumen und andere Teile des Mundes sind häufig affiziert.

Eine Studie über die Wirksamkeit der Schwefelwaschungen, von O. H. Foerster-Milwaukee. Bezüglich der Wirksamkeit eines Schwefelpräparats gibt es zwei verschiedene Ansichten: nach der einen (von Brisson) ist sie direkt abhängig von der Menge der durch Oxydation gebildeten Schwefelsäure, nach der anderen (Unna und Golodetz) von der Bildung von Schwefelwasserstoff; aber vielleicht ist die Wirkung des Schwefels eine viel kompliziertere und in verschiedener Weise zu erklären. Da Schwefel als solcher unlöslich ist, muß die therapeutische Wirkung von Schwefelpräparaten großenteils auf ihrer Fähigkeit beruhen, Schwefel in Form von naszierendem Schwefel oder Schwefelwasserstoff auf der Haut zu bilden. Die wässerigen Schwefelsuspensionen, wie sie gewöhnlich hergestellt und verordnet werden, sind daher von geringem Wert. Wenn S., Äther und Alkohol in derselben Mischung kombiniert sind, so geht ein kleiner Teil des Schwefels in Lösung und sie bildet daher ein mäßig wirksames Mittel. Vleminx Lösung oder Liquor calcis sulfurici ist schon seit langem als wirksame Schwefellösung bekannt und sie ist in der Tat auch vom theoretischen Standpunkt aus als das wirksamste flüssige Schwefelpräparat anzusehen, da es in Berührung mit der sauer reagierenden Haut naszierenden Schwefel in sehr fein verteiltem Zustande ebenso wie Schwefelwasserstoff, was als die Basis der Schwefelwirkung angesehen wird, bildet.

Krankheiten der Haut in Beziehung zu Leber- und Nierenerkrankungen, von L. Dunkan Bulkley-New York. Es gibt relativ wenige Hauterkrankungen, bei welchen ein genauer Zusammenhang mit Leberstörungen festgestellt ist, B. zweifelt jedoch nicht, daß eingehenderes Studium diesen Zusammenhang in vielen Fällen klarlegen werde. Wenn die drei Hauptfunktionen der Leber: a. innere Ausscheidung von Glykogen, b. Bildung von Harnstoff und c. von Galle gestört sind, so können jedesmal gewisse Hautaffektionen damit verbunden sein, ebenso wie der Allgemeineinfluß gestörter Leberfunktion klinisch von vielen Beobachtern schon festgestellt wurde. Das am meisten in die Augen fallende und als bekanntestes mit Leberaffektion zusammenhängende Hautleiden ist Pruritus infolge von Gelbsucht oder zuweilen auch ohne solche. Xanthoma in seiner multiplen Form ist in einer beträchtlichen Anzahl von Lebererkrankungen und von Gelbsucht verbunden, wohin auch das Xanthoma diabeticum (mangelhafte Zuckerbildung der Leber) zu rechnen ist. Furunkel und Karbunkel sind häufig mit Glykosurie verbunden, so daß dieselbe als prädisponierende Ursache für diese Zustände, bei welchen dann Eiterkokken einen günstigen Boden für ihr Wachstum finden, angesehen wird. Alle Störungen, welche mit Retention der Sekrete im Organismus, also auch in der Leber, verbunden sind, können zu Ekzema führen (Störung der Harnstoff- und Harnsäurebildung in der Leber). Urtikaria ist ebenfalls häufig mit mangelhafter Leberfunktion verbunden, ebenso schließlich Pigmentierung der Haut von den geringsten Graden bis zu dem ausgesprochenen Chloasma, wie schon

Digitized by Google

für eine gewisse Anzahl von Fällen die Behandlung ergab. Der Weg, wie derartige Leber- und Hautstörungen zusammenhängen, ist wahrscheinlich durch eine Toxämie zu erklären, welche als Folge der ungenügenden Leberfunktion, die Hautnerven und -zellen reizen und mit oder ohne gleichzeitige sekundäre Ursachen zu Juckreizen und Strukturveränderungen der Haut führen kann. Die im Zusammenhang mit Nierenaffektionen vorkommenden Hautstörungen beruhen gleicherweise auf Störungen des allgemeinen Stoffwechsels und B. beschreibt der Reihe nach die Veränderungen in der Harnstoff-, Indikan-, Harnsäure-, Oxalate-, Chloride-, Phosphate- und Sulphateausscheidung, wie sie zu äußeren (Haut-) Affektionen Veranlassung geben können. Bekannt sind Fälle von Dermatitis herpetiformis, welche infolge verminderter Harnstoffausscheidung immer wieder rezidivieren, bei Psoriasis kommt zuweilen erhöhte Ausscheidung von Sulphaten und Indikan vor, ebenso in Verbindung mit Pruritus. Kurz B. will mit seinen Ausführungen vor allem darauf hinweisen, daß es bei gar manchen Fällen von Hautaffektion nicht genügt, dieselben rein äußerlich zu behandeln, sondern oft notwendig ist, nach inneren Ursachen (gestörtem Stoffwechsel) zu forschen. Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Beiträge zur Kenntnis des Schicksals Syphiliskranker und ihrer Familien, von Marie Kaufmann-Wolf. (Ztschr. f. klin. Med., Bd. 76, H. 3/4.) Als Ausgangsmaterial zu der vorliegenden Arbeit dienten einmal 21 Fälle sog. Syphilis occulta (vgl. Fleiner, W.: Über Syphilis occulta, Dtsch. Arch. f. klin. Med., Band 48.) Ferner 9 Fälle, bei denen progressive Paralyse vorlag und deren Anamnese auf eine sichere luetische Infektion schließen ließ.

Aus der ersten Studie ergab sich, daß manche Luetiker fast ganz beschwerdefrei blieben und relativ sehr alt werden, andere aber wieder und zwar vorwiegend infolge Störungen von seiten des Zirkulations- und Nervensystems recht frühzeitig zugrunde gehen. Im allgemeinen soll die Lebensdauer der Luetiker eine starke Beeinträchtigung erfahren. Gleichzeitig erkennt man aus den Krankengeschichten, daß bei sachgemäßer Hg- und KJ-Anwendung ein Rezidiv sehr selten ist. Beachtenswert sind Fälle, bei denen eine Übertragung von Lues trotz ärztlicher Behandlung noch nach 3, 4 und 7 Jahren der Infektion stattfand. Das Resümee der Ergebnisse der zweiten Studie war folgendermaßen: In Betracht kamen insgesamt 20 Eheleute. Aus diesen Ehen wurden im ganzen 66 Entbindungen festgestellt, von denen gerade nur die Hälfte zur Geburt lebender Kinder führte. Aber auch diese starben zum größten Teil in frühester Jugend. Schließlich ergab die nähere Betrachtung, daß von den Nachkommen nur 2 körperlich, geistig und moralisch völlig intakt zu sein schienen. Was die Eheleute selbst betrifft in der zweiten Studie, so war das durchschnittliche Lebensalter in diesen sicher luetischen Ehen 40—50 Jahre. Eine besondere Störung bei Enkelkindern trat nicht zutage. Interessant dürfte noch die Beobachtung sein, daß — Fournier weist schon darauf hin — Zwillingsschwangerschaften in luetischen Ehen häufig sind. Auch hier sind die hervorstechendsten Resultate Erkrankungen von seiten des Zirkulations- und Nervensystems, besonders aber die überaus traurige Beschaffenheit der Nachkommen. Am Schlusse dieser mit unendlicher Mühe und Sorgfalt, besonders aber mit größter Gewissenhaftigkeit ausgeführten Arbeit kommt Verfasserin auf eine Erscheinung bei luetischen Familien zu sprechen,

Digitized by Google

die sie mit dem Namen Lues nervosa bezeichnet. Die Frage, ob es im wahren Sinne des Wortes eine Lues nervosa gibt, ist noch offen. A. Fischer-Dresden.

Erfahrungen über die Serodiagnostik der Syphilis, von H. Ritz und H. Sachs-Frankfurt a. M. (Dtsch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 43.) Die Verfasser wenden sich gegen die Behauptung Meirowskys (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 27), daß das Frankfurter Institut deshalb keine paradoxen Sera kenne, da es mit einem Überschuß von lösenden Faktoren arbeitet. An der Hand von Tabellen der von ihnen untersuchten Sera erklären sie, daß sie die Prozentzahlen als genügend hohe betrachten. Sie glauben, daß eine Paradoxie dadurch nicht zum Ausdruck kommen kann, daß sie mit drei verschiedenen Extraktdosen arbeiten, von denen die größte die Grenze des Zulässigen fast erreicht, und vor allem, daß sie zeitlich beobachten und die Reaktion eventuell schon nach kurzer Frist beurteilen. O. Junghanns-Dresden.

Über intermittierendes Fieber bei Tertiärlues. Beitrag zur Therapie mit intravenösen Sublimateinspritzungen, von P. Pozzilli-Copparo. (Gazz. osped. e Clin., 1912, Nr. 80.) Verfassers Beobachtungen beweisen, daß das luetische Fieber das Auftreten jeder beliebigen spezifischen tertiären Erscheinung begleiten kann. Während das Fieber bei frischer Lues keine homogene Kurve zeigt, sondern hin und wieder, in Verbindung mit den Verlauf der Eruptionen, Exazerbierungen zeigen kann, hat das tertiärluetische Fieber einen gleichmäßigeren Verlauf. Dieser Unterschied hat jedoch keinen absolut spezifischen Wert. Verf. hält das tertiärsyphilitische Fieber für ein Zeichen der allgemeinen Toxikämie, welche die luetische Infektion charakterisiert.

Therapeutisch hat Verf. stets mit intravenösen Sublimatinjektionen eingegriffen und stets gute Resultate erzielt. Diese sind nicht nur auf die antiseptische Wirkung des Quecksilbers, sondern besonders auf den Komplex der biologischen Faktoren zurückzuführen, auf welche sich die Immunität stützt. Verf. beobachtete infolge der Behandlung eine Erhöhung des opsonischen und des leukozytären Index und zu gleicher Zeit eine zunehmende Besserung des Allgemeinbefindens bis zur Heilung.

K. Rühl-Turin.

Der Gebrauch der durch Formol stabilisierten Blutkörperchen bei der Wassermannschen Reaktion, von Armand-Delille und Launoy. (Presse méd., 1912, Nr. 89.) Die Verfasser machten die Bemerkung, daß durch Zusätze von geringen Mengen von Formol zu roten Blutkörperchen ermöglicht wurde, dieselben mehrere Wochen bei Zimmertemperatur aufzuheben. Sie erleiden dabei keine Veränderung und sind mindestens drei Wochen lang für die Wassermannsche Reaktion zu gebrauchen. Die beste Methode der Stabilisierung der roten Blutkörperchen ist folgende: Man setzt zu 10 ccm roten Blutkörperchen, die dreimal mit physiologischer Kochsalzlösung gewaschen und wieder auf das ursprüngliche Blutvolumen gebracht wurden, zwei Zehntel Kubikzentimeter gewöhnlicher auf ein Zehntel verdünnte Formollösung zu, worauf die Röhrchen gut durchgeschüttelt werden, um das Fixierungsmittel gut zu verteilen. Sie können nun bei Laboratoriumstemperatur aufgehoben werden und zeigen, wenigstens in den drei ersten Wochen keine morphologische Veränderung, außer einer leichten Bräunung, welche sofort verschwindet, um die normale Farbe wieder hervortreten zu lassen, sobald man die Blutkörperchen mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt.

A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von spinaler Syphilis, von De Renzi. (La nuova Riv. clin. therap., August 1912.) Ein 46jähriger Kranker hatte in seinem 29. Lebensjahre eine Lues akquiriert, welche mit Roseola, Knochen- und Muskelschmerzen usw. in klassischer Weise verlief. Im 43. Lebensjahre stellten sich plötzlich nach einer fieberhaften akuten Darmerkrankung motorische und Sensibilitätsstörungen ein. Es fanden sich bei der Unter-

Digitized by Google

suchung Paresen der unteren Extremitäten mit Atrophie. Mechanische Reize und passive Bewegungen lösten starke Muskelschmerzen und Muskelkontraktionen aus. Die Patellar- und Achillessehnenreflexe waren normal, die Plantarreflexe verstärkt. Besonders links war ein deutliches Babinskisches Phänomen nachweisbar. An den unteren Extremitäten sowie der unteren Hälfte des Abdomens und der linken oberen Extremität bestand ferner eine dissoziierte Sensibilität. Es bestand keine Entartungsreaktion, wohl aber eine quantitative Verminderung der elektrischen Erregbarkeit dieser Regionen. Außerdem war Urin und Kotretention vorhanden. Als Reste der syphilitischen Infektion waren spärliche Zervikal- und Inguinaldrüsen, ferner Pupillendifferenz zu notieren. Die Diagnose wurde auf spinale Lues gestellt, trotzdem die Wassermannsche Reaktion negativ war. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Beitrag zur Beantwortung der Frage: Ist die Modifikation der Wassermannschen Blutprobe nach v. Dungern verläßlich? von J. F. v. Crippa-Bad Hall. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 43.) Der Verf. untersuchte bei 70 Patienten das Blut nach v. Dungern; er erblickt in dieser Modifikation eine wertvolle und brauchbare Vereinfachung der Original-Wassermann-Probe. Immerhin empfiehlt v. C. doch, dort wo es Zeit und Mittel erlauben, z. B. bei Heiratskandidaten, auf die Ausführung der Original-Wassermann-Methode zu bestehen. Schourp-Danzig.

Ergebnisse der Serumdiagnostik bei kongenitaler Lues, von Otto Stiner-Bern. (Schweizer Corresp.-Bl., 1912, Nr. 16.) Die Wassermannsche Reaktion hat große Klarheit in die früher verworrenen Anschauungen über die kongenitale Syphilis gebracht und ist von großer Bedeutung von deren Diagnostik und Therapie.

Die paterne Vererbung ist durch die stets positive Serumreaktion der Mütter von kongenital luetischen Föten widerlegt; die hämolysehemmenden Stoffe sind nicht Immunkörper, die auf dem Plazentarwege von dem ex patre syphilitischen Fötus in das Blut der Mutter übergewandert sind, sondern sind an die Anwesenheit von Spirochäten gebunden. Die positiv reagierenden Mütter sind also nicht syphilisimmun, sondern syphiliskrank.

Bei Idiotie und verwandten Erscheinungen, wie Hydromikrozephalie, Imbezillität usw. findet sich in ca. 10% der Fälle positiver Wassermann als Zeichen von Erbsyphilis.

In der Kinderpraxis ist die Serumdiagnose der Lues wegen der hier noch öfter als beim Erwachsenen versagenden Anamnese von größter Bedeutung. Eine positive Reaktion ist bei richtiger Technik absolut beweisend für Syphilis; eine negative bei manifesten luesverdächtigen Symptomen läßt Syphilis fast mit Sicherheit ausschließen.
O. Valentiner-Leipzig.

Verschiedenes.

Die Privatdozenten an der Wiener Universität Dr. Gabriel Nobl, Vorstand der dermatolog. Abteilung der Allg. Poliklinik, und Dr. Stefan Weidenfeld erhielten den Titel eines außerordentlichen Professors.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

25. Januar 1913 | Nr. 4 | Band 56

Aus dem Universitätsinstitut für path. Anatomie in Lemberg.
(Vorstand: Prof. Dr. Z. Dmochowski.)

Ein Fall von isolierter primärer Gonorrhöe eines akzessorischen Ganges am Penis.

Von

Dr. J. T. Lenartowicz,
Primärarzt des allgemeinen Landesspitals zu Lemberg.

(Mit 1 Abbildung.)

Vor einem Jahre publizierte ich in dieser Zeitschrift[1]) einen Fall von ungewöhnlicher Lokalisation der Gonokokkeninfektion. Da ich jetzt wieder die Gelegenheit hatte einen in so mancher Hinsicht ähnlichen Fall zu beobachten und zu behandeln, und weil derartige Fälle nicht zu den häufigeren gehören, finde ich es entsprechend auch diesen näher mitzuteilen.

St. P., Agronom, 26 Jahre alt, konsultierte mich zum erstenmal am 27. IV. 1912. Er gibt an, nie venerisch krank gewesen zu sein, insbesondere nie an Gonorrhöe gelitten zu haben.

Der letzte Koitus anfangs April, der vorletzte zirka am 4. Februar d. J. Mitte Februar, also eine Woche nach dem vorletzten Koitus, bemerkte er an der Haut der unteren Seite des Penis ein hirsekorngroßes Knötchen, welches ihm sonst keine größeren Beschwerden machte. Nur die Angst, er könnte sich syphilitisch infiziert haben, trieb ihn zum Arzte seines Wohnortes in der Provinz. Der Arzt drückte das Knötchen aus und obzwar er das Sekret, welches einen winzigen Eitertropfen darstellte, mikroskopisch nicht untersuchte, beruhigte er den Kranken mit der Erklärung, es handle sich um einen kleinen Abszeß nicht luetischer Natur. Eine Zeitlang drückte der Kranke den kleinen „Abszeß" aus, worauf er geringe Mengen von Sekret zu sehen bekam, bestreute die Veränderung mit einem vom Arzte verschriebenen Pulver und unterließ auch dies baldigst, indem er die Krankheit gering schätzte. Ob dann aus dem Abzesse irgend ein Sekret floß, daran erinnert er sich nicht. Aufmerksam wurde er auf die Stelle erst nach dem nächsten Beischlafe, welcher anamnestisch der letzte war (anfangs April). Es trat wieder eine Verschlimmerung ein und das insofern, daß an der schon früher pathologisch veränderten Stelle mäßiges Brennen, Rötung und nach einem Druck auch geringes, obzwar helles, nicht wie früher, gelbliches Sekret zu sehen war.

Die Unruhe bewog ihn wieder zu einer ärztlichen Konsultation. Diesmal bei mir.

[1]) Lenartowicz, Über eine ungewöhnliche Lokalisation der Gonokokkeninfektion. Monatsh. f. prakt. Derm., 1911, Bd. 53.

Digitized by Google

Die erste Untersuchung am 27. IV. 1912 ergab vollständig normal entwickelte Geschlechtsteile, die Mündung der Harnröhre normal gebaut, ohne Seitenfalten oder Divertikel, nicht verklebt, nicht gerötet, auch bei Druck kein Sekret. Der Urin in beiden Portionen kristallklar; an der unteren Fläche der Haut des Penis, 2 cm nach hinten von dem Sulcus retroglandularis, findet man ein Knötchen von der Gestalt und Größe einer Hirse, hyperämisch und dadurch von der umgebenden Hautfarbe schärfer abstehend, mit Leichtigkeit mit der übrigen Penishaut beweglich. Dies Knötchen befindet sich an der linken Seite des Raphe penis und verläuft schräg nach oben und hinten linkerseits. Bei einem Drucke auf dieses Knötchen kommt aus einer ganz kleinen, kaum sichtbaren runden, in der Raphe selbst gelegenen Öffnung geringes, fast vollkommen glasiges Sekret, welches kaum zum Anschaffen eines einzigen Präparates ausreicht. Obzwar der geringe und glasige Inhalt mir nicht pathologisch vorkam, war ich doch durch die Beobachtung des im Vorjahre publizierten Falles gewitzigt, und untersuchte auch jetzt den am Gläschen zerriebenen Inhalt mikroskopisch, indem ich mit Methylenblau färbte. Ich fand unter dem Mikroskop: reichliche mono- und polynukleäre Leukozyten und in und neben ihnen zahlreiche Diplokokken von so typischer Größe, Gestalt und Lagerung, daß, obzwar ich ein zweites Präparat nach Gram, wegen Mangel an Material nicht anfertigen konnte, es keinem Zweifel zu unterliegen schien, daß die Diplokokken in diesem Falle die Gonokokken sind, und daß die Veränderung am Penis als primäre isolierte gonorrhoische Infektion eines akzessorischen Ganges am Penis zu deuten ist[1]).

Als einzig wirksame Behandlung, proponierte ich dem Patienten eine Exstirpation des Ganges in toto und bis zur nächsten Untersuchung und Operation 2%ige Protargolumschläge.

Am 5. V. derselbe Zustand. Der Urin in der ersten und zweiten Hälfte kristallklar. Das Knötchen am Penis hat dieselbe Größe und dasselbe Aussehen. Das geringe, ausgedrückte Sekret des Knötchens impfte man teilweise auf Agar — Aszitesnährboden, teilweise wurde es am Gläschen zerrieben um nach Gram zu färben; auch wurde das Sediment des Urins auf Agar — Aszitesplatten geimpft.

Wie früher fand man im mikroskopischen Präparate Eiterkörperchen und in ihnen so wie auch neben denselben Diplokokken von Größe, Gestalt und Lagerung der Neisserschen Gonokokken, welche sich nach Gram entfärbten.

An den mit dem Inhalte des Knötchens beimpften Platten wuchsen nach 48 Stunden reichlich reine Kolonien von Gonokokken, die mit Urin beimpften Platten ergaben, was Gonokokken anbelangt, kein Resultat.

Da nach dem Ergebnisse dieser Untersuchungen eine isolierte Gonorrhöe eines akzessorischen Ganges am Penis keinem geringsten Zweifel unterlag, exzidierte man am 7. V. den Gang in toto und nähte die Wunde.

Der Operationsverlauf war normal. Die Wunde heilte in zwei Wochen vollkommen. Der Urin blieb auch nach zwei Wochen vollkommen rein.

Das zusammen mit dem Gang exzidierte Hautstückchen wurde im hiesigen patho-

---

[1]) Ich gebrauche den Namen: akzessorischer Gang = Ductus accessorius und befolge dabei die Nomenklatur von Stieda und Gutmann. Diese Autoren raten nämlich alle Nebengänge des Penis, welcher normal nur einen Gang, das ist die Harnröhre besitzt, kurz akzessorische Gänge zu benennen.

Den Namen paraurethraler Gang = Ductus paraurethralis sollte man nur für die in unmittelbarem Zusammenhange mit der Harnröhre stehenden Gänge beibehalten, oder für Gänge, derer Abstammung von der Harnröhre sich embryologisch nachweisen läßt.

Digitized by Google

logisch-anatomischen Institut mikroskopisch untersucht. Zu diesem Zwecke wurde jenes Hautstückchen in Alkohol gehärtet und in Paraffin eingebettet; darauf wurden Serienschnitte in der Längsachse des Ganges hergestellt. Man färbte mit Hämatoxylin Gagé und Eosin, mit van Gieson, Resorzinfuchsin und mit polychromem Methylenblau nach Unna.

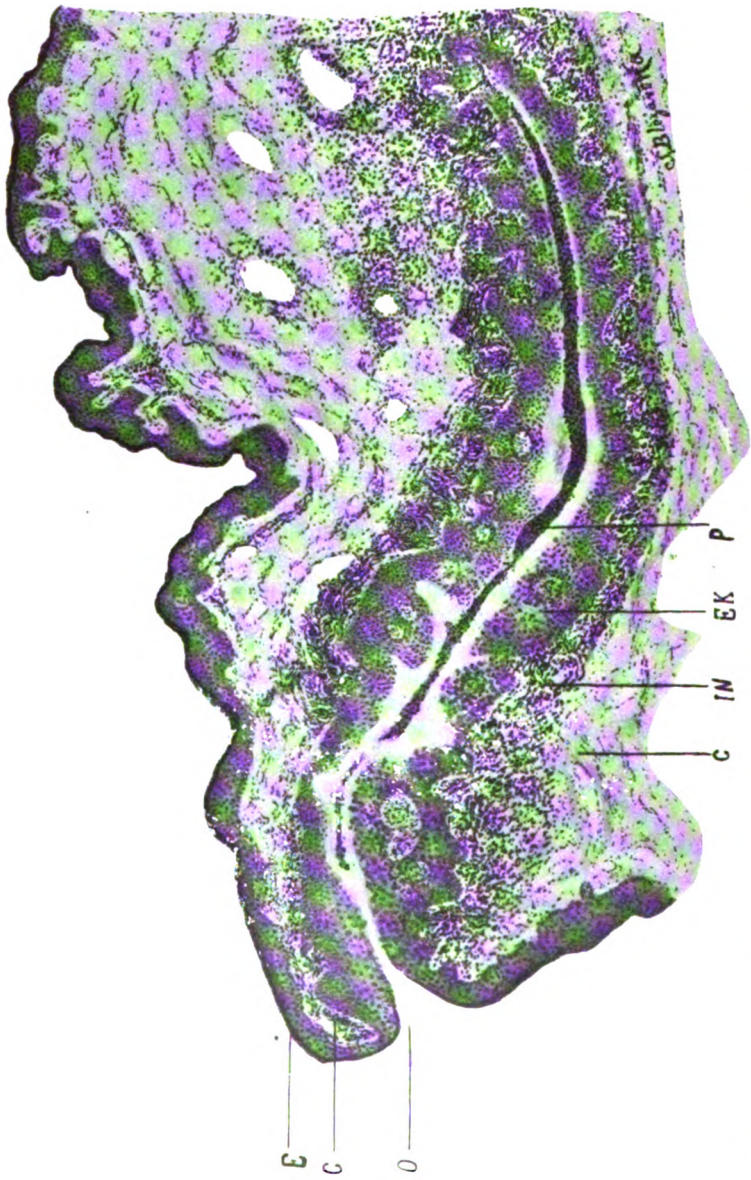
Die mikroskopische Untersuchung (Doz. Dr. Nowicki) ergab auf den Schnitten, bei denen es den Längsschnitt des ganzen Kanals zu erhalten gelungen ist, folgendes Bild:

Die der Mündung des Kanals auf die Hautoberfläche entsprechende Stelle ist über die Oberfläche hinaus etwas erhoben. Die Haut selbst zeigt flache Falten. Die Epidermis ist in den obersten Schichten aus einem schmalen, im ganzen verdünnten Saum der Hornzellen gebildet und enthält tiefer, besonders in der Schicht der Zylinderzellen, in geringer Menge ein braunes Pigment. Die Papillarschicht der Haut nicht überall deutlich, enthält bald spärliche, bald ziemlich zahlreiche Infiltrate von poly- und mononukleären Leukozyten. Diese Infiltrate sind am zahlreichsten dort, wo die Papillarschicht der Haut am nächsten dem Hautkanale liegt. Die eigentliche Haut ist aus ziemlich lockerem Bindegewebe, das sich den Falten der Epidermis anpaßt, gebildet. Inmitten dieses Bindegewebes der eigentlichen Haut, treffen wir den quer zur Hautoberfläche verlaufenden Kanal, mit wenigen divertikelartigen, ziemlich flachen Abzweigungen. Dieser blind endigende Kanal ist mit mehrschichtigem Plattenepithel ausgekleidet, der in den oberen Schichten sich schält, zerfällt und dabei gelockert ist, während er in den tieferen Schichten die Struktur der Epidermis aufweist. Die Länge des Kanals beträgt 4130 μ (mehr als 4 mm), seine größte Breite 236 μ. Das den Kanal auskleidende Plattenepithel hat nicht überall die gleiche Schichtenzahl; sie ist am größten dort, wo das Epithel des Kanals unmittelbar in das Hautepithel übergeht. Auch das Lumen des Kanals ist während seines ganzen Verlaufes nicht überall gleich: schlitzartig am blinden Ende des Kanals, erweitert es sich desto mehr, je mehr es sich der Hautoberfläche nähert, um sich an der Mündung wiederum etwas zu verengen. Die Mündung des Kanals ist trichterförmig. Im Kanallumen befindet sich eine dichte Masse von teilweise gut erhaltenen, teilweise zerfallenen Eiterkörperchen, und in ihnen und neben ihnen zahlreiche Diplokokken von der typischen Größe, Gestalt und Gruppierung der Gonokokken. Das den Kanal umgebende Bindegewebe ist von einer dichten Masse mono- und polynukleären Leukozyten infiltriert, die einen dunklen, sich recht scharf von dem übrigen, nicht so dicht infiltrierten Gewebe, abgrenzenden Streifen bilden. Die in der Nähe liegenden Blutgefäße sind etwas erweitert und mit Blut gefüllt; außerdem sieht man feine, mit Epithel ausgekleidete, leere Spalten, die das Aussehen von Lymphspalten haben. Das elastische Gewebe ist in der Umgebung des Kanals schwach entwickelt und weist keine der Erwähnung würdigen Einzelheiten auf.

Im vorliegenden Fall haben wir also mit einem blind endigenden, und mit mehrschichtigem Plattenepithel ausgekleideten Gange zu

Digitized by Google

tun. Im Bereiche dieses Ganges geht ein, unzweifelhaft durch die Gonokokken hervorgerufener Eiterungsprozeß vor sich. In der Folge kam



Längsschnitt des Ganges. E = Epithel der Haut, C = Hautgewebe, IN = Entzündliches Infiltrat des Ganges, O = Mündung des Ganges, EK = Epithel des Ganges, P = Eitriger Inhalt im Lumen des Ganges. (Zeichenokular Leitz II. Objekt Zeiß a*.)

es zu einem entzündlichen Infiltrate in der nächsten Umgebung des Ganges. Angesichts der größten Eiteransammlung im Ganglumen selbst und der sekundären Veränderungen in den oberflächlichen Schichten des

Digitized by Google

den Gang auskleidenden Epithels, ferner angesichts des Mangels von Veränderungen der Gefäße und Lymphräume der weiteren Umgebung und der Lokalisierung des Entzündungsprozesses ausschließlich auf die allernächste Umgebung des Ganges darf man annehmen, daß wir in dem besprochenen Falle mit einer Infektion des Ganges unmittelbar von der Hautoberfläche aus, durch seine Mündung zu tun haben, daß also auf diesem Wege der Krankheitserreger, d. h. die Gonokokken in das Lumen des Kanals eingedrungen sind und zuerst in ihm, darauf in seiner allernächsten Umgebung einen akuten Entzündungsprozeß hervorgerufen haben."

Der oben beschriebene Fall zeigt eine große Ähnlichkeit mit meinem ersten, früher veröffentlichten Falle, sowohl in der klinischen als auch in der anatomo-pathologischen Hinsicht. In beiden Fällen handelte es sich um eine primäre isolierte gonorrhoische Infektion eines akzessorischen Ganges der Penishaut, ohne gleichzeitige oder nachträgliche Infektion der Harnröhre; in beiden Fällen ist die histologische Struktur der Gänge und die durch die Gonorrhöe hervorgerufenen pathologischen Veränderungen, fast vollständig identisch.

Sowohl im ersten wie auch im zweiten Falle ist das Kanallumen mit einem mehrschichtigen Plattenepithel ausgekleidet, das seiner Struktur nach im ganzen Kanal gleichartig ist (d. h. überall platt, mehrschichtig), und das nur dort, wo der Krankheitserreger eingewirkt hat, insofern verändert ist, daß die oberflächlichen Epithelschichten entweder aufgeweicht, gelockert und geschält oder angefressen und teilweise vernichtet sind. In beiden Fällen weist das Lumen des Kanals mehr oder weniger tiefe, blinde Abzweigungen auf, über die es schwer zu entscheiden ist, ob man sie tatsächlich für präexistierende Ausbuchtungen oder für Folgen des Krankheitsprozesses halten soll. Man muß hervorheben, daß man weder im ersten noch im zweiten Falle nicht einmal eine Spur von Gebilden von Drüsencharakter nachweisen konnte. In beiden Fällen endigten die Gänge blind, verliefen in der Haut des Penis und wiesen keinen Zusammenhang mit der Harnröhre auf.

Die in meinen beiden Fällen vorkommenden Unterschiede betreffen nur die Lokalisation und Größe der Gänge. Während im ersten Fall der akzessorische Gang auf der lateralen, linken Seite des Penis verlief, 4 cm lang und 4 mm breit war (makroskopisch), so, daß er sowohl seiner ungewöhnlichen Lokalisation wie seiner Größe nach makroskopisch für ein verdicktes und pathologisch verändertes Lymphgefäß des Penis gehalten werden konnte, so war im zweiten Falle der ganze Gang kaum 4 mm lang, also hirsekorngroß; er lag in der Raphe penis, und konnte deshalb mit Leichtigkeit übersehen oder für eine entzündete und des-

Digitized by Google

wegen etwas vergrößerte Talgdrüse gehalten werden. Nur die mikroskopische Untersuchung des spärlichen, ausgedrückten Sekretes, welches Gonokokken enthielt, konnte die Vermutung nahelegen, daß man auch hier mit einem gonorrhoisch infizierten akzessorischen Gange zu tun haben könnte.

Derartige Fälle, wie der von mir früher publizierte und der vorliegende, d. h. Fälle von isolierter primärer gonorrhoischer Infektion eines akzessorischen Ganges am Penis, ohne gleichzeitige Gonorrhöe der Harnröhre, gehören zu den selteneren, und obgleich ähnliche Fälle Bruhns, Bäumer, Fick, Finger, Gutmann (drei Fälle eigener Beobachtung), Horvath, Ehrmann, Lanz, Pfersdorff, Reichmann, Voss und andere veröffentlicht haben, wissen wir bis heute nicht, worauf die Infektion des akzessorischen Ganges ohne gleichzeitige Erkrankung der Harnröhre eigentlich zurückzuführen ist. Ja, trotz der viel reicheren Literatur, welche die pathologische Anatomie, Embryologie und Histologie der akzessorischen Gänge und Zysten bespricht, sind wir bis jetzt auch in den Anschauungen über die eigentliche Entstehungsart dieser Entwicklungsanomalien nicht einig. Während es keinem Zweifel zu unterliegen scheint, daß sowohl die akzessorischen Gänge, Krypten wie auch Zysten angeboren sind und sich von dem embryonalen Leben herleiten, so ist indessen die zweite Frage noch offen und wir wissen bis heute noch nicht, welche Bestandteile der ursprünglichen Anlage des Urogenitalsystems bei der Entstehung dieser Entwicklungsabnormitäten die wichtigste Rolle spielen. Diese Zweifel suchte man durch eine genaue Untersuchung des Charakters der Auskleidung dieser Gänge, Krypten und Zysten, sowie durch die möglichst genaue Differenzierung der einzelnen Zellen aufzuklären (Bruhns, Fick, Fabry, Gutmann, Jadassohn, Karwowski, Lichtenberg, Paschkis, Riehl, Róna, Stieda, Touton, Winkler u. a.), jedoch bis jetzt bleibt diese Frage so gut wie unentschieden. Es trägt dazu die Mannigfaltigkeit der Auskleidung der verschiedenen Gänge bei, und es erschweren die Entscheidung sowohl die in der Auskleidung durch Gonorrhöe hervorgerufenen pathologischen Veränderungen, sowie auch die verschiedene Lokalisation dieser anormalen Gebilde.

Während die einen der Verfasser, die hauptsächlich Gänge mit Zylinderepithelauskleidung, oder Gänge mit Zylinderzellen, die Merkmale von Sekretionszellen aufweisen, getroffen haben, in der Hauptsache sich dafür äußern, daß diese Gebilde für Abkömmlinge der Harnröhre zu halten sind (Lichtenberg, Gutmann), sind die anderen von ihnen, sich auf die am häufigsten angetroffene Plattenepithelauskleidung stützend, geneigt, diese Gebilde für Abkömmlinge der Haut zu erklären (Stieda,

Digitized by Google

Tourneux), andere endlich wie Touton, Tschernogubow halten, wenigstens einige von diesen Gebilden, für infizierte und infolge der Infektion veränderte Talgdrüsen.

Wie wir sehen, weisen verschiedene Fälle verschiedene Merkmale auf; in den einen treten diese, in den anderen jene in den Vordergrund.

Diese zwei Fälle, die zu untersuchen ich selbst Gelegenheit hatte, müßte ich auf Grund der Strukturmerkmale und auf Grund des den ganzen Gang auskleidenden und überall mehrschichtigen Plattenepithels embryologisch den überzähligen Hautgängen einreihen.

Aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Bern (Prof. Dr. Jadassohn).

Bakteriologische Untersuchungen bei verschiedenen Hautentzündungen (Licht- und Kohlensäure-Reaktionen, Ekzeme, Ulzerationen usw.).

Von

Martha Ehrlich, Warschau.

(Schluß.)

III.

An diese Fälle möchte ich die wenigen Beobachtungen anschließen, die ich über medikamentöse Dermatosen machen konnte. Steril war eine Blase bei einer Jodoformdermatitis und zwei Krusten bei einem tuberösen Bromexanthem. Dagegen enthielten eitrige Effloreszenzen des letzteren Staphylokokken resp. Staphylo- und Streptokokken. Der gleiche Befund ergab sich auch bei einer pustulösen Quecksilberdermatitis und bei einer Dermatitis nach Einpinselung mit Jodtinktur.

Auch aus diesen wenigen Untersuchungen ergibt sich also, daß, wie Török und Roth, Frédéric u. a. betont haben, die medikamentösen Dermatitiden steril sein können. Daß sie in diesem spärlichen Material meist infiziert waren, das gestattet natürlich keine allgemeinen Schlüsse. Dagegen ist zu beachten, daß auch hier mehrfach Mischinfektionen von Staphylo- und Streptokokken vorhanden waren, auch hier, ohne daß das klinische Bild dadurch irgendwie spezieller modifiziert war.

IV.

Ich komme nun zu den spontan entstandenen Hautkrankheiten, von denen ich einerseits eine Anzahl einzelner Fälle untersucht habe, auf die ich hier nicht näher eingehen will.

Digitized by Google

Dazu gehört eine Ulceration mit phlegmonöser Schwellung bei einer klinisch ganz unklaren, vielleicht als Sklerodermie mit trophischen Störungen aufzufassenden Affektion eines Kindes, bei der Staphylo- und Streptokokken gefunden wurden, einige nicht besonders charakterisierte und gerade darum zur Untersuchung herangezogene Pyodermien mit dem gleichen Befund, ebenso vier Effloreszenzen bei vier Skabiesfällen, bei denen die Doppelinfektion dreimal, die reine Staphylokokkeninfektion nur einmal gefunden wurde, endlich zwei Fälle von Trichophytia profunda, bei denen einmal Doppel-, einmal nur Staphylokokkeninfektion gefunden wurde.

Auch aus diesem Material ergibt sich also, wie häufig bei den verschiedensten Dermatosen die beiden banalen Eitererreger gemeinschaftlich vorkommen, wie oft mit den von mir benutzten Methoden auch Streptokokken gefunden werden, wo man meist nur von Staphylokokken sprach.

Einige Fälle von Impetigo contagiosa habe ich mit herangezogen, weil sie irgend welche Besonderheiten darboten. Es ist ja durch die Arbeiten von Sabouraud und Lewandowsky nachgewiesen, daß bei den gewöhnlich als Impetigo contagiosa s. vulgaris diagnostizierten Prozessen Streptokokken so gut wie immer und oft rein gefunden werden. Aber schon Lewandowsky hat einen Fall beschrieben, der klinisch atypisch war und nur Staphylokokken enthielt. Solche Fälle sind seither in der hiesigen Klinik wiederholt (siehe auch die Arbeit von Model), aber im ganzen nur spärlich beobachtet worden, während bei zahlreichen anderen Untersuchungen von typischer Impetigo contagiosa immer wieder Streptokokken gefunden wurden. Diejenigen Affektionen, bei denen nur Staphylokokken vorhanden sind, trotzdem sie von der Impetigo Bockhart durch das Fehlen von follikulären Pusteln unterschieden sind, haben unzweifelhaft gewisse Besonderheiten, welche sie von der Impetigo contagiosa sive vulgaris, die wir als Streptokokkenkrankheit auffassen, sondern. Sie sind oft atypisch lokalisiert, nicht oder nicht bloß im Gesicht, sondern auch an den Extremitäten und am Rumpf, sie haben besonders dünne Krusten, scheinen öfter braune Flecke zu hinterlassen usw. Ich habe im ganzen fünf Fälle von nach irgend einer Richtung atypischer Impetigo vulgaris untersucht. Dadurch war einer durch dünne Krusten auffallend; er enthielt trotzdem nur Streptokokken. In einem Fall aber, in dem ebenfalls eine dünne Kruste vorhanden und der ausschließlich auf der rechten Wange in einem einzelnen, etwas größeren Herde lokalisiert war, fanden sich bloß Staphylokokken. Der gleiche Befund war auffallenderweise auch bei einer Frau vorhanden, die dicke gelbe und gelbgraue, meist eitrig getrübte, zu einer großen Plaque konfluierte Krusten auf der rechten Wange trug.

Der Fall ist noch dadurch erwähnenswert, daß von einem schon abgeheilten Herde rötliche Flecke zurückgeblieben waren, wie sie bekanntlich bei Impetigo contagiosa oft längere Zeit bestehen bleiben, die aber

Digitized by Google

dann in auffallend bräunliche, lange Zeit persistierende Flecke übergingen.

Besonders erwähnenswert sind zwei Fälle, die ich zur Impetigo circinata gerechnet habe. Bekanntlich hat Unna gemeint, daß diese Form durch besondere Mikroorganismen bedingt wird, während andere, besonders auch Lewandowsky, dafür eingetreten sind, daß es sich dabei um die ätiologisch gleiche Krankheit handelt wie bei der Impetigo contagiosa selbst, also nur um eine morphologische Varietät. In den beiden von mir untersuchten Fällen handelt es sich nicht um sehr ausgesprochene zirzinäre Entwicklung, und die Krusten waren auffallend dünn. In beiden Fällen wuchsen nur Staphylokokken. Man müßte also daraus den Schluß ziehen, daß auch die soviel seltenere atypische, durch Staphylokokken bedingte Impetigo contagiosa eine morphologische Abart hat, die durch zirzinäre Entwicklung (und dünne Krusten) charakterisiert ist. Auch zur Statuierung dieser Form bedarf es aber natürlich noch eingehenderer Untersuchungen.

Ich habe dann auch noch einige Ekthymafälle in den Kreis meiner Untersuchungen einbezogen, weil das Verhalten dieser Krankheit besonders auffallend schien, insofern trotz der eitrigen Beschaffenheit des Exsudats von Lewandowsky Streptokokken immer, und zwar oft in Reinkulturen, gefunden worden waren. Meine Befunde verhalten sich insofern etwas abweichend, als ich bei der Untersuchung von sieben Stellen (bei fünf Patienten) nur zweimal Reinkulturen von Streptokokken, die andern Male aber Staphylo- und Streptokokken, einmal auch noch Pyozyaneus fand. Es kann das sehr wohl daran gelegen haben, daß die von mir geprüften Effloreszenzen weniger frisch waren als die von Lewandowsky untersuchten. Jedenfalls aber ergibt sich auch aus meinem Material, daß das Ekthyma eine ausgesprochene Streptokokkeninfektion ist.

Ich habe dann auch noch eine größere Anzahl von solchen Dermatitiden untersucht, welche nach der gewöhnlichen Nomenklatur zu den Ekzemen gerechnet werden. Es waren darunter sehr verschiedene Typen, akute und chronische, nässende, krustöse, pustulöse usw. Das Resultat war, daß ich nur zwei sterile Effloreszenzen, davon einmal bei einer „Neurodermitis chronica circumscripta“ („Lichen Vidal“) fand, während alle andern Effloreszenzen infiziert waren, und zwar 13mal mit Staphylokokken und 7mal mit Staphylo- und Streptokokken. Reine Streptokokkenfälle habe ich überhaupt nicht gefunden. Es stimmen diese Befunde im wesentlichen mit denen von Lewandowsky überein; auch hier hat sich wieder ergeben, daß es außerordentlich schwierig ist, die Streptokokkeninfektion bei den Ekzemen klinisch zu erkennen. Speziell solche Fälle, wie sie Sabouraud als chronische Streptokokkendermatitis

Digitized by Google

bezeichnet hat, waren in meinem Material nicht vorhanden. Die Frage, wie weit als Ekzeme bezeichnete infektiöse Dermatosen dadurch zustande kommen, daß banale Infektionen, Furunkel usw. vorangehen und daß Infektionen und toxische Reizungen von diesen ausgehend die sog. Ekzeme bedingen (vielleicht als anaphylaktische Reaktionen, wie das Fordyce[1]) jüngst ausgeführt hat), habe ich an meinem Material nicht prüfen können.

V.

Die letzte Gruppe von Hauterkrankungen, die ich untersucht habe, sind die Ulzera, und zwar speziell die Ulcera cruris. Daß es berechtigt war, die Bakterienflora dieser Affektion einmal in größerer Zahl zu untersuchen, geht wohl ohne weiteres aus folgendem Zitat hervor, welches einer jüngst erschienenen Monographie von Nobl[2]) entnommen ist. „Meines Wissens" — sagt der Autor — „ist die Bakterienflora der Beingeschwüre noch nicht isoliert worden; wohl am meisten beteiligt sind hierbei die der Gruppe der banalen Eitererreger angehörenden Gattungen der Staphylokokken und Streptokokken, deren leukotaktische Komponente auch die eitrige Einschmelzung bedingt. Bei den häufig auftretenden komplikatorischen, phlegmonösen und erysipelatösen Begleitphänomenen der Ulzera tritt überdies die Prävalenz der Streptokokken in den Vordergrund."

Den Streptokokken hatte Sabouraud früher gelegentlich eine so ausschlaggebende Bedeutung zuerkannt, daß er das Ulcus cruris geradezu „un chancre streptococcique chronique" nannte. Später scheint er von dieser Ansicht etwas zurückgekommen zu sein, denn er sagt selbst[3]): „Il ne semble pas que l'ulcère de jambe soit spécifique, soit par exemple un ulcère chronique à streptocoque, un ecthyma chronique. Sa cause immédiate est occasionelle et variable, ses causes prédisposantes seules sont toujours les mêmes." Aber eine besonders bedeutsame Rolle schreibt auch z. B. Darier den Streptokokken zu, denn er sagt[4]): „Parmi les innombrables micro-organismes de tout ordre qui pullulent sur les ulcères, l'agent pathogène principal paraît être le plus souvent le streptocoque."

Aber er fügt hinzu: „D'autres parasites, moins banaux, peuvent certainement, grace aux conditions locales spéciales, donner lieu à un syndrome identique à celui de l'ulcère simple."

Ich will auf weitere Zitate aus der Literatur verzichten. Im allgemeinen hat man sich unzweifelhaft wenig mit solchen Untersuchungen beschäftigt, weil man, wohl im Sinne der oben zitierten Bemerkung

[1]) Journ. of cut. diseases 1911 March. — [2]) Nobl, G., Der variköse Symptomenkomplex (Phlebektasien, Stauungsdermatose, Ulcus cruris). Berlin, Wien 1910, S. 62. — [3]) Sabouraud, Manuel élémentaire de Dermatologie topographique régionale, Paris 1905. S. 343. — [4]) Darier, J., Précis de Dermatologie, Paris 1908, S. 276.

Digitized by Google

Sabourauds, gemeint hat, daß die prädisponierenden Ursachen des Ulcus cruris wichtiger sind als die Infektionserreger.

Ich habe im ganzen 37 Ulcera cruris untersucht in sehr verschiedenen Stadien der Entwicklung. Zum größten Teil waren es Fälle, die schon in Behandlung waren. Die Resultate waren die folgenden: in jedem der Fälle waren Staphylokokken vorhanden, 20mal fanden sich neben diesen Streptokokken, 16mal neben Staphylokokken Pyozyaneus, 9mal waren alle drei Mikroorganismen nachzuweisen. Auf einzelne Befunde von nicht näherd efinierten Diplokokken und auf einen von Pseudodiphtheriebazillen gehe ich nicht weiter ein. Was aber die banalen Eitererreger der Haut angeht, so fanden sich Staphylokokken und Streptokokken auch bei den Ulcera cruris in dem Verhältnis, in dem sie bei den meisten offenen Hauterkrankungen vorkommen, die Staphylokokken regelmäßig, die Streptokokken sehr häufig, aber nicht regelmäßig. Man wird also daraus keinerlei Schluß auf eine prädominierende Rolle der Streptokokken in der Ätiologie der Ulcera cruris ziehen dürfen. Freilich ist es eine klinische Tatsache, daß das früher sog. Ekthyma, die tiefere und eitrige Form der Infektion mit banalen Streptokokken, in welcher sich diese regelmäßig und in frischeren Fällen oft in Reinkultur finden, an den Unterschenkeln besonders häufig ist, und wir sehen nicht selten ein solches Ekthyma unmittelbar in ein Ulcus cruris übergehen. Das spricht für eine gewisse Bedeutung der Streptokokken. Und auch die allerdings keineswegs sehr große Häufigkeit von Streptokokkenkomplikationen, wie Lymphangitiden und Erysipelen, ist in einem gewissen Umfang verwertbar. Im übrigen aber wird man in der Tat den Staphylo- uud Streptokokken höchstens die Rolle einer Gelegenheitsursache zuschreiben können. Und sehr oft wird eben eine banale Verletzung hier wie überall mit Staphylo- und Streptokokken infiziert werden, und es wird sehr schwer sein, die Rolle, welche diese bei der Weiterentwicklung des Prozesses spielen, gegenüber den Zirkulationsstörungen, Thrombosen, Ekzemen usw. richtig abzuwägen.

Was speziell die Streptokokken angeht, so habe ich schon eingangs erwähnt, daß ich sie in den Unterschenkelgeschwüren auffallend oft (sechsmal) nur mit der Bouillonmethode habe nachweisen können. Dazu kommen noch zwei Fälle von Ekthyma und nur einer von Ekzem. Man muß daher die Frage aufwerfen, ob es auf einem Zufall beruht, daß Lewandowsky am Anfang seiner Untersuchungen, als er noch die Bouillon- und die Agarmethode parallel verwandte, solche Mißerfolge nicht erlebt hat, ob es ferner auf einem Zufall beruht, daß ich diese Differenz bei allen andern Dermatosen nicht oder kaum gesehen habe, oder ob sie nicht etwa in der Natur der Ulcera cruris liegt. Man könnte sich ja wohl vorstellen, daß in den letzteren Streptokokken vorkommen,

Digitized by Google

die eine geringere Wachstumsfähigkeit unter aeroben Bedingungen haben, die mehr oder weniger ausgesprochen anaerob sind. Es könnte auch sein, daß diese Streptokokken von Hause aus die normalen Streptokokken der banalen Hautaffektionen sind, daß sie aber gerade unter den in den Ulcera cruris herrschenden Bedingungen ihre Eigenschaften geändert haben. Die andere Annahme, daß sie in den Unterschenkelgeschwüren durch die anderen Bakterien zu sehr überwuchert werden, scheint darum nicht berechtigt, weil eben meine Agarkulturen in genügend getrennten Herden aufgegangen waren.

Endlich habe ich noch einige Worte über den Pyozyaneus bei Ulcera cruris hinzuzufügen. Ich muß erstens betonen, daß dem bakteriologischen Befund in den meisten Fällen der klinische nicht entsprach, insofern grüner oder blauer Eiter nur ausnahmsweise vorhanden war. Außer an solchen ganz vereinzelten Fußgeschwüren war in der Klinik Pyozyaneus in den zahlreichen Fällen mit „offenen" Hautkrankheiten klinisch nicht zu konstatieren. Auch kulturell habe ich ihn außer beim typischen Ulcus cruris nur noch bei andern, meist ebenfalls an den Unterschenkeln lokalisierten Geschwüren gefunden, die ich noch zu erwähnen habe. Man kann also, zumal die Kranken mit Fußgeschwüren in den gleichen Zimmern wie die andern Hautkranken liegen, nicht etwa behaupten, daß der Pyozyaneus zum „Genius loci" gehörte. Er muß unzweifelhaft eine besondere Tendenz haben, auf Fußgeschwüren sich anzusiedeln.

Aus der Literatur ist mir nur die Angabe Bukowskys bekannt geworden, der Pyozyaneus auf Fußgeschwüren sogar häufiger findet als Streptokokken, während bei meinem Material das Verhältnis umgekehrt ist (20 : 16). Über die Rolle des Pyozyaneus bei Hautkrankheiten wissen wir noch nicht gerade viel. Abgesehen vom Ekthyma terebrans, als dessen Erreger er bekanntlich angesehen wird, und von den Hautmetastasen bei Allgemeininfektionen mit Pyozyaneus[1]) ist er nur mehr gelegentlich gefunden worden. Während Schimmelbusch und Lauenstein behaupteten, daß der Pyozyaneus oft auf der Haut saprophytisch vorkommt und die Organe der Leiche schnell überschwemmt, hat ihn E. Fränkel unter 6646 Leichenblutuntersuchungen nur 75 mal angetroffen. Lewandowsky[2]) hat ihn in der hiesigen Klinik einmal in auch klinisch eigenartigen Ulzerationen am Unterschenkel als Erreger nachgewiesen (durch Inokulationsexperiment und Agglutinationsprüfung).

---

[1]) cf. E. Fränkel, Ztschr. f. Hyg., 1912, Bd. 72. — [2]) Lewandowsky, Über einen Fall von ulzeröser Hautaffektion beim Erwachsenen verursacht durch den Bacillus pyocyaneus. Münch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 46.

Digitized by Google

Es erhebt sich naturgemäß die Frage, ob der häufige Befund des Pyozyaneus für die Ätiologie des Ulcus cruris oder wenigstens für die Eigenart seines klinischen Bildes oder seines Ablaufs eine Bedeutung hat. Klinisch ist uns in dieser Beziehung bisher nichts aufgefallen. Wo der Eiter nicht blau war, wäre es nicht gelungen, aus dem morphologischen Bild des Geschwürs auf eine Infektion mit dem Pyozyaneus zu schließen. Ob sich bei gesteigerter Aufmerksamkeit und größerem Material solche klinische Merkmale noch ergeben werden, bleibt abzuwarten. Speziell müßte man auf die von E. Fränkel hervorgehobenen hämorrhagisch-nekrotischen Prozesse achten, die der Bacillus pyocyaneus auslöst. Doch sind zu solchen ja alle Ulcera cruris schon durch die Zirkulationsstörungen besonders disponiert. Jedenfalls können wir schon jetzt sagen, daß die mit Pyozyaneus infizierten Fälle keineswegs ungünstiger verlaufen sind als die andern; im Gegenteil waren wir einzelne Male sogar darüber erstaunt, daß auch zu einer Zeit, als der Pyozyaneus noch nachweisbar war, die Geschwüre eine gute Heiltendenz aufwiesen, was an die viel behauptete Heilwirkung der Pyozyanase denken ließ. Die Frage, ob der Pyozyaneus nur als ein harmloser Parasit der Ulcera cruris anzusehen ist oder ob es sich wirklich um eine Infektion des Gewebes handelt, ließe sich einmal durch Gewebsuntersuchungen, dann aber vor allem durch die Prüfung des Agglutinationsvermögens im Serum des Patienten entscheiden. Solche Versuche konnte ich nicht vornehmen; in der Literatur habe ich darüber nur die Angabe Lewandowskys gefunden, der in dem oben erwähnten Fall Kontrolluntersuchungen mit einem Stamm von einem Ulcus cruris gemacht und gefunden hat, daß von der Patientin, welche die Trägerin dieses Ulkus war, sowohl ihr eigener Stamm, als auch ein Laboratoriumsstamm, als auch der pathogene Stamm nicht abnorm (bis 1 : 20) agglutiniert wurde, während der letztere von dem Serum der Patientin, die wirklich mit ihm infiziert war, bis 1 : 400 resp. 600 agglutiniert wurde. Das spricht also dafür, daß in dem erwähnten Fall von einfachem Ulcus cruris der Pyozyaneus nicht pathogen gewirkt hat. Aber aus einem einzelnen solchen Fall kann man natürlich nicht verallgemeinernde Schlüsse ziehen, und es könnte sehr wohl sein, daß bei fortgesetzten Untersuchungen der Ulcera cruris sich selbst eine fortlaufende Skala von fehlendem bis zu starkem Agglutinationsvermögen eruieren ließe, falls der Pyozyaneus bald nur saprophytisch bald mehr oder weniger pathogen dabei wäre, ganz ebenso, wie es Voss[1]) für Ohrerkrankungen nachgewiesen hat.

---

[1]) Voss, O., Der Bacillus pyocyaneus im Ohr. Veröffentlichungen aus dem Gebiet des Mil.-Sanitätswesens, Berlin 1906, Heft 33.

Digitized by Google

Zum Schlusse möchte ich bloß noch erwähnen, daß auch in anderen Ulzera verschiedener Natur (ein luetisches, zwei nach Ekthyma, ein „Ekthyma terebrans bei Tuberkulose", ein Ulcus rodens, ein bis zwei Ulcera perforantia) meist Staphylo- und Streptokokken, aber auch viermal Pyozyaneus (dreimal an den unteren Extremitäten!) und auffallenderweise dreimal Pseudodiphtheriebazillen gefunden wurden, die ich in meinem ganzen übrigen Material nur noch einmal bei Ulcus cruris und zweimal bei Finsenkrusten gesehen habe. Irgend einen Schluß kann ich daraus natürlich nicht ziehen.

Resumé.

1. Die Blasen nach Finsen- und Quarzquecksilberlampenbeleuchtung halten sich während ihres ganzen Bestandes steril; die Krusten wurden häufig mit Staphylo- und Streptokokken (selten mit Pseudodiphtheriebazillen) infiziert gefunden (bei den Quarzlampenreaktionen bisher regelmäßig, bei Finsen weniger häufig). Reine Streptokokkeninfektionen wurden nicht, reine Staphylokokkeninfektionen häufig konstatiert. Klinisch waren Unterschiede zwischen den sterilen, den einfach und doppelt infizierten Fällen nicht nachweisbar. (Ähnlich verhielten sich einige Kohlensäureschneereaktionen.)

2. Die starken (auch eitrigen) Kutireaktionen auf Tuberkulin (von Pirquet und Moro) erwiesen sich auffallend steril.

3. Andere medikamentöse Dermatitiden sind teils steril, teils infiziert.

4. Neben der Streptokokken-Impetigo contagiosa wurden wieder einige klinisch atypische Fälle der Impetigo mit reiner Staphylokokkeninfektion gefunden. Es scheint auch eine atypische Impetigo circinata zu geben, die durch Staphylokokken bedingt ist. Beim Ekthyma wurden immer Streptokokken nachgewiesen, oft zusammen mit Staphylokokken. Beim Ekzem fehlten reine Streptokokkeninfektionen; Mischinfektionen mit Staphylo- und Streptokokken waren häufig.

5. In Ulcera cruris waren immer Staphylo-, sehr häufig Streptokokken vorhanden; die letzteren waren mehrmals nur mit der Bouillonmethode nachzuweisen. In vielen Fällen wuchs daneben — meist ohne klinischen Befund — Pyozyaneus, über dessen Bedeutung für den Krankheitsprozeß ein bestimmtes Urteil noch nicht abgegeben werden kann.

(Die Veröffentlichung meiner tabellarischen Zusammenstellungen würde zu viel Raum in Anspruch nehmen. Alles, was wesentlich ist, ist in dem vorstehenden Text enthalten.)

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 115, Heft 1, Oktober 1912.

Welche Urteile sind wir berechtigt, auf Grund der Ergebnisse der Wassermannschen Reaktion über Colles' und Profetas Gesetze zu fällen, von Carl Cronquist-Malmö. Seit der Entdeckung der Wassermannschen Blutreaktion ist eine ziemliche Anzahl Arbeiten erschienen, die sich mit den oben genannten Gesetzen im Lichte der Blutreaktion beschäftigen: Verfasser stellt diese Arbeiten und die daraus gezogenen Schlußfolgerungen zusammen, wonach als feststehend angesehen werden kann, daß alle Mütter hereditär-luetischer Kinder selbst Syphilis haben; aber die Urteile, welche man auf der Basis dieser ungewöhnlich übereinstimmenden Untersuchungsresultate über Colles' Gesetz fällt, sind im hohen Grade wechselnd. Das einzig richtige Urteil ist nach des Verfassers Meinung: Colles' Gesetz steht fest und hat durch Wassermanns Reaktion seine Erklärung erhalten.

Profetas Gesetz gilt nicht konstant. Da, wo dasselbe Anwendung findet, beruht das Phänomen zum öfteren auf latenter Syphilis bei dem Kinde, indes scheinen einige Untersuchungen doch darauf hinzudeuten, daß die Erklärung zuweilen darin liegen könnte, daß die Körper, an welche die Reaktion gebunden ist, auch von der Mutter auf das Kind übergehen können, ohne dasselbe zu infizieren, daß also nicht Syphilis, sondern (temporäre) Immunität vorliegen könne. Diese kann aber der Natur der Sache gemäß nur eine sehr kurze Dauer haben. Denn eine längere Zeit bestehende positive Wassermannsche Reaktion bedeutet nach unseren bisherigen Kenntnissen nicht Immunität, sondern Krankheit.

Band 115, Heft 2, November 1912.

Über Karboneol, von K. Herxheimer-Frankfurt a. M. Karboneol ist ein Teerpräparat, das aus dem Steinkohlenteer durch Verwendung des Tetrachlorkohlenstoffes als Lösungsmittel hergestellt wird und eine glänzend schwarze, nicht intensiv riechende Flüssigkeit darstellt. Diese letztere wurde von H. seit 6 Jahren teils in Salben- und Pastenform, teils und hauptsächlich in konzentrierten Lösungen zum Aufpinseln verwendet. Nach seinen Erfahrungen ist es das reizloseste Teerpräparat, das er kennt, wenigstens reizlos bezüglich der Flächenentzündung, wenn auch nicht mit Bezug auf die Follikulitis, die in 10% der Fälle einzutreten pflegt. Er hat beim Ekzem, vor allem auch beim sehr empfindlichen Kinderekzem recht gute Resultate gehabt, wenn auch bei den Infiltraten älterer Fälle die Tiefenwirkung des Mittels zu wünschen übrig läßt.

Über gute Resultate berichtet er auch bei Psoriasis und besonders bei Neurodermitis chronica Vidal-Brocq. Von dieser, therapeutischen Versuchen in so wechselnder Weise gegenüberstehenden Erkrankung hat er 75 Fälle behandelt und mit Ausnahme von zweien alle Kranke wesentlich gebessert oder geheilt entlassen können.

Band 115, Heft 3, Dezember 1912.

Ein Fall von seltener Morphologie und Lokalisation eines Cornu cutaneum, von J. Peyri-Barcelona. Auf dem Fußrücken eines 68jährigen Landwirts fand sich eine pilzförmige Geschwulst mit einzelnen spitzen Exkreszenzen, die ungefähr 6 cm im Durchmesser maß und sich 2—3 cm über das umgebende Niveau erhob. Die Um-

Digitized by Google

gebung war vollkommen normal, zeigte weder Entzündung, noch Veränderung der Farbe. Der Rand war mit harten, bräunlichen Hornschuppen bedeckt, die sich auch auf die Oberfläche fortsetzten. Die Basis der Geschwulst war in der Haut adhärent, aber mit dieser auf der Unterlage verschieblich. W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Centralblatt.

Band 16, Nr. 2, November 1912.

1. Trichoschisis. Eine bisher nicht beschriebene Haarveränderung, von Karl Friedrich Hoffmann-Koblenz a. Rh. Bei einer Dame, die im Anschluß an eine schwere Körperrose einen auffallenden Haarausfall zeigte, ließen sich vielfache Veränderungen an den einzelnen Haaren selbst nachweisen. Bei zahlreichen Haaren handelte es sich um Trichorrhexis und Trichoptilosis, bei wenigen Haaren auch um eigentümliche Längsspaltung der Haare, die Verfasser beschreibt und abbildet, und für die er den Namen Trichoschisis vorschlägt.

2. Über ein neues Prophylaktikum „Virilact" gegen venerische Infektion, von Karl Ullmann-Wien. Der aus der letzten Nummer fortgesetzte Artikel bespricht in diesem 2. Teil ein neues, von den chemischen Werken Dr. R. und Dr. O. Weil in Frankfurt a. M., in letzter Zeit in den Handel gebrachtes Prophylaktikum. Das prophylaktische Prinzip des „Virilact" beruht auf einer Kombination zweier Desinfizientia, und zwar von Wasserstoffsuperoxyd mit Methylpropylphenol. Die klare schwachgelbliche Desinfektionsflüssigkeit wird in kleinen, durch Fingerdruck gänzlich entleerbaren Zinntuben gegeben, die etwa 3 g der durchaus nicht unangenehm und aromatisch riechenden Flüssigkeit enthalten und nach ihrer Entleerung stets fortgeworfen werden. Diese Flüssigkeit wird nicht nur in die Harnröhrenöffnung eingeträufelt, sondern auch in den Präputialsack und im Sulkus verwendet. Für letzteren Zweck wird das Antiseptikum auch in nicht reizender Lanolinsalbe mitgegeben. Nach den Erfahrungen des Verfassers ist das Mittel stets von gutem Erfolge begleitet, und nach seinen Kulturversuchen ist anzunehmen, daß Gonokokken wie Staphylokokken in wenigen Minuten durch das Mittel abgetötet werden; daß es sich dabei nur um eine oberflächliche Wirkung handelt, beeinträchtigt den Wert bei prophylaktischer Einträufelung unmittelbar nach der Kontamination nicht. Verfasser empfiehlt das prophylaktische Desinfektionsverfahren mit Virilact zur Nachprüfung. W. Lehmann-Stettin.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

Heft 5, 1912.

Über das extragenitale venerische Geschwür, von Gravagna. Bei einem 24jährigen Kranken mit Ulcera mollia am Penis übertrugen sich dieselben durch Onanieren an die bei diesem Akt von dem Patienten gebrauchte linke Hand. Es fanden sich sowohl an der Wurzel des Daumens als in der Mitte der Hautfalte, welche den Daumen mit der Hand verbindet, typische Ulcera mollia, in welchen mikroskopisch und kulturell Streptobazillen nachgewiesen wurden.

Wirkung der antiblennorrhoischen Seren und Vakzinen in der Behandlung der Blennorrhöe, von G. Burzi. Es wurden folgende Präparate erprobt: Das Antigonokokkenserum des Mailänder serotherapeutischen Instituts, die Vakzinen von Parke-Davis, Wellcome, Bruck und des Berner Instituts, ferner die Polyvakzine von Silberstein. Bei Urethritis und Endometritis waren absolut keine Erfolge zu verzeichnen. Hingegen war die Wirkung bei Epididymitis und Deferentitis eine gute. Bei Prostatitis war außer einer Besserung der subjektiven Symptome und einer Verminderung der

Digitized by Google

Exsudate kein positiver Erfolg zu verzeichnen. Hingegen waren die Erfolge bei Adnexerkrankungen sehr gute. Desgleichen waren sie bei Gelenkkomplikation besser als bei jeder anderen Therapie.

Die Behandlung der Syphilis per os mittels eines neuen Quecksilberpräparates (Mergal) von U. Rebaudi. Das Mittel ist nicht toxisch und kann in denjenigen Fällen, in welchen man gezwungen ist, ein Quecksilbermittel per os zu geben, empfohlen werden, da es nie schwere Entzündung der Magendarmschleimhaut hervorruft.

Chronische dystrophische Dermatosen vom Typus der Epidermolysis bullosa, von Jader Cappelli-Florenz. Der Verfasser teilt die Krankengeschichten von 3 Fällen mit: Der erste betrifft eine 60jährige Frau, welche seit einem Jahre an einer Hauterkrankung leidet, die durch das Auftreten von Blasen nach Traumen charakterisiert ist und welche ausschließlich am Oberkörper lokalisiert ist. Der Fall erinnert einerseits an den Pemphigus vulgaris, andererseits an die Epidermolysis bullosa traumatica, obwohl die Erkrankung weder ererbt noch angeboren ist. Die beiden anderen Fälle betreffen eine familiäre Hauterkrankung, welche kongenital aufgetreten war und in langsamem Verlauf eine Tendenz zur Systematisierung in symmetrischen Regionen zeigte. Die Läsionen bestehen in serös-hämorrhagischen Blasen, welche auf verdickter, geröteter Haut aufschießen und nach ihrer Involution milienartige zikatrizielle Körper und sklerotische Atrophien zurücklassen. Trotz des ungemein langen zu keiner Heilung tendierenden Verlaufs — die eine Schwester ist 18, die andere ist 8 Jahre alt — ist das Allgemeinbefinden immer gut geblieben. In dem einen der beiden Fälle sind auch papulöse Elemente von lichenoidem Typus, im anderen Nageldystrophien vorhanden. Es handelt sich in beiden Fällen um die von Epidermiszysten gefolgte Form des Pemphigus.

A. Gunsett-Straßburg.

Clinica dermosifilopatica della R. Universita di Roma.

Oktober 1912.

Pemphigus chronicus mit nervösen Alterationen aus derselben Ursache, von R. Campana. Der Verfasser teilt 3 Fälle von Koinzidenz von Pemphigus mit syphilitischen Gehirnkrankheiten mit, welche seine Ansicht verstärken, daß der Pemphigus der Erwachsenen oft einen syphilitischen Ursprung hat. Der histologische Befund an Pemphigusblasen erinnerte in hohem Maße an das mikroskopische Bild beim Pemphigus infantilis syphiliticus. Und nicht zuletzt stützt der Erfolg der Merkurialbehandlung die Meinung des Verfassers.

Die Alopecia areata bei Heredosyphilitischen, von R. Terzaghi. Kasuistische Mitteilung eines Falles von fast totaler Alopecia areata bei einem 10 Monate alten heredoluetischen Kinde mit Osteoperiostitis der Kopfknochen.

Art des Verhaltens des Pyozyaneus in einem Falle von nekrotisierendem Syphiloderma, von G. M. Garibaldi. Bei einer 27jährigen Person fand sich ein zosteriformes, ulzerierendes Syphilid des linken Oberschenkels mit Residualnarben alter Syphilide, ferner eine kapillare Hautarteriosklerose mit zahlreichen trockenen Nekrosen auf demselben Gliede und Resten einer syphilitischen interstitiellen Pulmonitis. Als das Syphilid schon in Abheilung begriffen war, fingen einige der Ulzerationen an, einen grünlichgelben Eiter zu sezernieren, aus welchem der Bacillus pyocyaneus gezüchtet werden konnte.

Schweres, persistierendes Ekzem infolge von Kopfläusen, von Pietro Sabella.

Die alkoholischen aromatischen Substanzen, in schaumiger Mischung suspendiert, zum lokalen Gebrauch, von A. Galimberti. Untersuchungen über das

Digitized by Google

Verhalten von künstlichen Epidermisdefekten und abgelösten Hautstückchen in mit Spiritus oder anderen alkoholischen Flüssigkeiten einschließlich Marsalawein versetztem geschlagenem Eierweiß. A. Gunsett-Straßburg.

Actas dermo-sifiliograficas.

4. Jahrgang, 1912, Nr. 4.

Pemphigus foliaceus. Behandlung mit Salvarsan, von Juan de Azúa. Diese Arbeit ist noch an anderer Stelle publiziert und wurde bereits in dieser Zeitschrift referiert.

Neurosyphilis postsalvarsanica, von J. S. Covisa. Es handelt sich um zwei Fälle von Neurorezidiv des Akustikus, welche durch weitere Darreichung von Salvarsaninfusionen unter gleichzeitiger Quecksilberbehandlung gebessert wurden.

Das Argyrol und Argyl in der Behandlung der blennorrhoischen Urethritis, von E. Alvarez Sainz de Aja. Als Abortivbehandlung wird das Argyrol entweder nach der Technik von de Sard als zweimal täglich vorzunehmende Injektion einer 10%igen Lösung oder als Spülung ebenfalls zweimal am Tage in 1‰ Lösung (400 ccm) oder nach der Technik von Janet als zweimal tägliche Spülung 2—4‰, der man eine Injektion einer 5—20%igen Lösung folgen läßt, verwandt. Der Verfasser selber empfiehlt Spülungen 1:400 gefolgt von einer Injektion 10:100. Muß man vom Abortivverfahren absehen, so beginnt man in der akuten Phase des Trippers mit dreimal täglich vorzunehmenden Injektionen einer 5%igen Lösung, welche bei Abflauen des Prozesses auf 2 und 1% verringert wird. Hört die eitrige Sekretion auf und wird sie schleimig, so setzt man das Argyrol aus und geht zu Zinksulfat 1‰ oder Oxyzyanquecksilber 1:10000 bis 1:15000 über. Das Mittel wird auch in den stärkeren Konzentrationen ganz ausgezeichnet vertragen, es ist absolut nicht schmerzhaft und reizlos. Selbst 10%ige Lösungen rufen nur geringe urethrische Reizung hervor. Bei Urethritis posterior werden der oben beschriebenen Therapie tägliche Instillationen von 20—30 Tropfen 5—10%iger Argyrollösungen zugefügt. Bei Zystitis werden zweimal tägliche Injektionen in die Blase von 5 ccm einer 5—10%igen Lösung vorgenommen. Die Resultate sind ganz ausgezeichnet.

Das Argyl, welches im Gegensatz zu dem schwarzen Argyrol farblos ist, soll nur zu Spülungen (1:500) verwandt werden. Die Lösung muß infolge einer leichten Zersetzbarkeit jedesmal frisch hergestellt werden.

Zwei Fälle von Sporotrichose, von J. Peyri Rocamora. Der erste Fall zeigte drei Ulzerationen an der Kopfhaut, der zweite Fall ein Gumma der Regio hyoidea. In beiden Fällen wuchsen typische Pilze. Heilung durch Jod.

Trigeminusneuralgie und Fazialisparalyse infolge von Syphilis, von E. Garcia del Mazo. Eine 25jährige Frau bekam 1911 eine Sklerose an der Zungenspitze, auf welche Schleimhautpapeln des Mundes und Gaumens und starke Gelenk- und Kopfschmerzen folgten. Sie wurde in unregelmäßiger Weise mit Quecksilberpillen behandelt. Wenige Monate später kam eine Neuralgie des Ramus maxillaris superior et inferior des Nervus trigeminus hinzu, welche auf 0,2 g Hydrargyrum salicylicum und 3 g Jodkalium nach 10 Tagen aufhörte. Kaum waren die Schmerzen verschwunden, als sich eine leichte Fazialisparalyse derselben Seite einstellte, welche unter Fortsetzung der Therapie in sechs Wochen heilte. Kein Salvarsan.

Zwei Fälle von Molluscum contagiosum, von Antonio Ledo. Die Molluska saßen am Kinn und der Halsgegend bei zwei Kindern von vier und neun Jahren.

Plötzlich auftretendes Grauwerden, von Antonio Hernandez y Vasquez. Bei einem 52jährigen Manne trat 48 Stunden nach einer starken Gemütsbewegung ein völliges

Digitized by Google

Weißwerden der Kopf-, Bart-, Achsel- und Schamhaare auf. Einen Monat später erschien das Pigment in einzelnen Regionen wieder.

Regionäre Lokalisation von tertiären syphilitischen Läsionen. Hautgummata vom Aspekt variköser Geschwüre von C. Basail.

Zwei Fälle von Hautepitheliom, behandelt und geheilt mit Radium, von Leopoldo Rodriguez F. Sierra. Es wurde ein Apparat benutzt, der 0,6 cg Radiumbromid enthielt. In einem Fall genügten drei Sitzungen, im anderen sieben Sitzungen von zweistündiger Dauer.

Pelade und Syphilis, von Juan de Azúa. Auftreten von Alopecia areata am Kopf und Bart in voller Sekundärperiode. Während alle sekundären Erscheinungen auf Salvarsanbehandlung abheilten, heilte die Alopezie nur am Kopfe, wo zugleich lokal mit Chrysarobinsalbe behandelt wurde, während sie sich am Barte immer mehr ausdehnte.

Pityriasis rosea Gibert, von S. Covisa. Der Fall ist deshalb interessant, weil es dem Verfasser gelang, den von du Bois (Ann. de Derm. et de syph., 1912, Nr. 1) als Erreger beschriebenen Pilz, des Microsporon dispar, nachzuweisen.

Ein Fall von Rotz mit Malleininjektionen geheilt, von J. Peyri. Es handelt sich um einen Fall von Rotz mit Sitz am Mittelfinger bei einem Kutscher. Das Mallein wurde in 1%iger Lösung mit 0,1 ccm beginnend und bis zu 0,5 ccm steigend, dann wieder abnehmend jeden zweiten Tag, einen Monat lang injiziert. Im folgenden Monat wurde noch zweimal wöchentlich und im dritten einmal wöchentlich eine Injektion vorgenommen. Die Dosis von 0,5 ccm, welche anfangs immer eine starke Temperatursteigerung hervorgerufen hatte, war im dritten Monat von einer solchen nicht mehr gefolgt.

Das Salvarsan in der Behandlung der Kindersyphilis, von E. Alvarez Sainz de Aja. Der Verfasser macht bei Kindern subkutane Salvarsaninjektionen in die Infraskapulargegend. Das Salvarsan muß neutral oder leicht alkalisch sein. Gibt man 1, 2 oder 3 cg, so nimmt man als Verdünnung 1:500. Man bekommt dann 5—10—15 ccm Flüssigkeit, welche sich leicht in die Regio subscapularis verteilen lassen. Will man 4, 5 oder mehr Zentigramm injizieren, so nimmt man als Verdünnung 1:400. Man muß peinlich darauf bedacht sein, die Lösung nicht zu stark alkalisch zu machen, da sonst Infiltrate entstehen. Im ersten Lebensjahre gibt man $^1/_2$ bis 1 cg. Nie soll die Dosis von 1 cg pro 2 kg Körpergewicht überschritten werden. Bei Kindern von 2, 3 und 4 Jahren steigt man auf 2 und mehr Zentigramm Salvarsan. Wenn die Injektion gut ausgeführt ist, d. h. nur ins Zellgewebe erfolgt, wird sie vorzüglich vertragen. Oft genügen 4 bis 5 Injektionen zur Heilung. Zu gleicher Zeit werden leichte Schmierkuren hinzugefügt.

A. Gunsett-Straßburg.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Bd. 12, Nr. 8 u. 9, August und September 1912.

1. Tuberkulinbehandlung bei Lepra, von J. Yamamoto-Kyoto. In Berücksichtigung der Tatsache, daß das Lepragewebe auf Tuberkulin reagiert, hat Verfasser acht Fälle meist makulöser Lepra mit Alttuberkulin in reaktionslosen Maximaldosen behandelt und gute Erfolge erzielt. Allerdings hat er seinen Patienten zu gleicher Zeit innerlich Ol. gynocardiae oder Leprol verordnet.

2. Über Salvarsanfieber, von S. Watanabe-Tokio. Syphilitische reagieren oft mit Fieber, während Nichtsyphilitische bei der gewöhnlichen Dosis von Salvarsan meist reaktionslos bleiben. Das Fieber kann trotz der strengsten Beachtung der Wechselmannschen Vorschrift auftreten und ist um so geringer, je älter der Verlauf der Syphilis ist. Es fehlt im allgemeinen bei der zweiten und den weiteren Injektionen. Das Fieber

Digitized by Google

scheint vor allem im Zusammenhang zu stehen mit freiwerdenden Toxinen der Spirochäten; ist ferner abhängig von der angewandten Dosis und wird beeinflußt durch Komplikationen, Disposition und Idiosynkrasie des betreffenden Patienten u. a. m.

3. Über die Reinzüchtung der Spirochaeta pallida, von H. Nakano-Tokio.

4. Methode der Ausstrichkulturen beim Studium von Epidermispilzen, von T. Aoki-Tokio. Die Ausstrichkulturen des Verfassers bestehen darin, daß das Material auf Deckgläschen mit sterilem Wasser ausgebreitet wird, um die Keimung der Konidien, die durch den Ausstrich erst genügend zerstreut werden, deutlich genug zu erkennen, und daß die Deckgläschen auf Objektträgern in bestimmter Distanz mit Paraffin befestigt werden, um die Deckgläschen ohne irgend eine Beschädigung des Pilzes leicht entfernen und leicht färben zu können. Dann wird das so erhaltene Material in feuchten Kammern gezüchtet.

Auf diese Weise hat Verfasser bei Züchtung der Favuspilze und Mikrosporiepilze viel schönere Resultate erzielt als durch die gewöhnlichen Kulturmethoden.

5. Beiträge zur Radiumtherapie der bösartigen Geschwülste (Fortsetzung), von K. Dohi und M. Mine. Mitteilung einzelner Fälle mit 12 Figuren im Text.

6. Über die Arsenmelanose nach Salvarsaninjektion, von Ch. Kono-Fukuoka.

7. Ein Beitrag zur Arsenmelanose nach Salvarsaninjektion, von T. Ijiri-Fukuoka.

8. Über Syphilis der Eheleute, von Sh. Matsumoto und A. Ando-Tokio.

9. Untersuchung des Magensaftes bei Hautkranken, von Sh. Yamada und K. Inouye-Osaka. Neben genauen Harnuntersuchungen, besonders auf Indikan, haben die Verfasser bei einer Reihe von Hautkrankheiten, besonders Ekzem, Pruritus, Urtikaria usw. Magensaftuntersuchungen angestellt und glauben aus den sehr wechselnden Resultaten den Schluß ziehen zu können, daß eine Verminderung freier Salzsäure des Magensaftes sich häufiger bei Kranken findet, bei denen eine große Hautoberfläche erkrankt ist, weniger bei Kranken mit lokalisierter Affektion.

10. Histologische Untersuchung der Rattenlepra, von K. Mitsuda-Tokio.

11. Eine spezifische Reaktion mit dem Extrakte aus leprösem Gewebe, von Murata-Tokio.

W. Lehmann-Stettin.

Folia Urologica.

Band 7, Nr. 4, November 1912.

1. Genügt der Nachweis von Tuberkelbazillen in dem durch Ureterenkatheterismus gewonnenen Harn zur Diagnose der Nierentuberkulose? (Ein Beitrag zur Frühoperationsfrage dieser Erkrankung, von Kielleuthner-München. Wenn es auch verhältnismäßig selten vorkommt, so sind doch Tuberkelbazillen im Harn bei Lungenkranken nachgewiesen worden, ohne daß der geringste pathologische Herd in den Nieren vorhanden war. Ebenso ist nach den Feststellungen des Verfassers eine, wenn auch geringe Albuminurie in positiven Fällen eines Durchtritts von Bazillen immer vorhanden. Demnach darf das Vorhandensein von Tuberkelbazillen zusammen mit einem positiven Eiweißbefund im einseitig aufgefangenen Harn nicht Grund für die Ausnahme einer wirklichen Nierentuberkulose sein. Zur Diagnose der chirurgischen Nierentuberkulose gehört die bekannte Trias: positiver Bazillennachweis, Leukozyten und Erythrozyten, die Zeichen eines destruktiven Prozesses.

2. Über die klinische Bedeutung der Bestimmung des Kolloidalstickstoffs im Harn nach der Methode von Salkowski und Kojo zur Diagnostizierung des Karzinoms der inneren Organe, von W. P. Semenow. Die Untersuchungen auf

Digitized by Google

kolloidalen Stickstoff im Harn können unter Umständen eine karzinomatöse Neubildung ausschließen, aber nicht für die Diagnose des Vorhandensein einer solchen verwendet werden.

3. Pyonephrosis tuberculosa occlusa, von A. W. Smirnow-St. Petersburg. Der von Zuckerkandl eingeführte Namen Pyonephrosis tuberculosa occlusa bezeichnet einen Krankheitszustand, bei dem infolge von Obliteration des Lumens des Nierenbeckens und des Ureters in seinen verschiedenen Abschnitten (am häufigsten in seinem Anfangsteil am Nierenbecken oder in seinem Endteil in der Harnblase) ein Abschluß der erkrankten Niere gegen die Umgebung entsteht. Diese Ausschaltung der kranken Niere kann bis zu einem gewissen Grade als Autonephrektomie betrachtet werden, keineswegs aber als Selbstheilung. Die Diagnose ist sehr schwierig, eigentlich nur in seltenen Fällen möglich, sollte aber stets von einem frühzeitigen operativen Eingriff gefolgt sein.

4. Bericht aus Deutsch-Österreich, von Karl von Hoffmann-Wien. Referat über alle Arbeiten, die auf dem Gebiete der Urologie während des Jahres 1911 in Österreich in deutscher Sprache veröffentlicht wurden. W. Lehmann-Stettin.

Annales des maladies vénériennes.

Bd. 7, Nr. 11, November 1912.

1. Ein Fall von zwei Tage lang andauernder Hirnkongestion nach drei intravenösen Injektionen von Neosalvarsan, von Perkel-Odessa. Bei einem 23jähr. Offizier wurde bei einer vorher vorgenommenen genauen klinischen Untersuchung eine Herzneurose festgestellt, sonst aber keine Kontraindikation. Er bekam 0,75 Neosalvarsan gelöst in 150 g Wasser unter Berücksichtigung aller Kautelen; leichte Nausea, Fieber bis 38°. Am 2. Tag danach 0,9 Neosalvarsan, gefolgt von leichten Durchfällen und einer Höchsttemperatur von 37,8°. Nach wiederum zwei Tagen noch einmal 0,9 Neosalvarsan; Schüttelfrost, Temperatur bis 38,4°, schwacher Puls. Erst zwei Tage später Kopfschmerzen, etwas Nausea, Schwächegefühl, Röte des Gesichts, rötelnähnliches Exanthem über den Körper; die mittlerweile wieder gefallene Temperatur steigt auf 38,2°, der Patient ist in Erregung, zeigt erweiterte Pupillen, bekommt Konvulsionen und wird etwas komatös. Er bekommt Sinapismen, Bäder, Injektionen von Ergotin und Koffein und erholt sich langsam innerhalb der nächsten zweimal 24 Stunden. Verfasser glaubt, daß es sich um eine Kumulationswirkung gehandelt hat.

2. Verwendung des Salvarsans per rectum, von Rajat-Vichy. Verfasser hat die gewöhnlichen Salvarsandosen alkalisiert und auf ein Liter Flüssigkeit verdünnt, nach vorhergehendem Reinigungseinlauf als Klysma gegeben. Er hat auf diesem Wege nie unangenehme Erscheinungen gehabt und berichtet drei Fälle, um zu zeigen, daß die Wirkung auch bei diesem Modus der Einführung eine gute gewesen ist.

3. Das Antigen bei der Wassermannschen Reaktion, von A. Desmoulière-Paris. In der vorliegenden Arbeit setzt Verfasser des genaueren die Technik auseinander, die er bei der Herstellung und Verwendung seines schon früher beschriebenen Cholesterin-Antigens befolgt.

4. Syphilis, Salvarsaninjektion, Heirat, syphilitisches Kind, von Tribondeau-Tunis. Einer der vielen Fälle, in denen Patienten nach einer Salvarsaninjektion sich geheilt glaubten, bzw. für geheilt erklärt wurden, und alle Konsequenzen einer ungenügend behandelten Syphilis erlebten.

5. Keratosis blennorrhoica disseminata mit Ausgang in Heilung, von Gougerot und Meaux Saint-Marc. Zwei bereits früher mitgeteilten Fällen schließen die Verfasser hier eine dritte Beobachtung an, die deshalb besonders bemerkenswert ist,

Digitized by Google

weil sich die Veränderungen sowohl an den Dorsalflächen der Finger, wie in der Vola manus, sowohl an planta als dorsum pedum, an den Armen und in den Achselhöhlen fanden; bemerkenswert ferner wegen des rapiden Rückgangs aller Erscheinungen unter Urotropin. Der ausführlich mitgeteilte interessante Fall ist mit Abbildungen belegt.

6. Syphilis mit großen Ulzerationen, Kachexie und Tod, von Gougerot und Bourdeau. Es handelt sich um eine Frau, deren Syphilis der Anamnese nach drei Jahre zurückdatierte und nie einer Behandlung unterzogen worden war. Die bereits im letzten Stadium ins Hospital eingebrachte Frau war nicht mehr zu retten. Bei der Autopsie fanden sich schwere Veränderungen fast aller Organe, besonders der Leber und Milz.

W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Ikonographia Dermatologica.

Bd. 6, Tab. 44—51, Februar 1912.

1. Sporotrichosis dermica (verrucosa) et Sporotrichosis epidermica, von de Beurmann und Gougerot-Paris. Die außerordentlich verschiedenen Formen, unter denen Sporotrichosis beobachtet worden ist, trennen die Verfasser je nach dem Sitz der Infektion in der Kutis oder in der Epidermis. Als Beispiel der Sporotrichosis dermica führen sie ein verruköses Krankheitsbild am Handrücken an und als Beispiel der Sporotrichosis epidermica einen oberflächlichen Fall der Wangengegend, der in einigen Beziehungen an Pityriasis erinnert und von ihnen direkt als Pityriasis sporotrichosica bezeichnet wird.

Sie haben aber auch akneähnliche Formen gesehen, sowie solche, die Ekzemen verschiedener Art ähnelten und selbst einem Pemphigus sporotrichosicus.

2. Dermatitis nodularis necrotica suppurativa et ulcerosa, von Karl Bruck-Breslau. Zwei Fälle (eine Abbildung) ziemlich akut entstandener ekthymaähnlicher Hautaffektion, die Verfasser genauer beschreibt und aus folgenden Gründen der Tuberkulidgruppe zurechnen möchte: 1. Es handelt sich um zwei sicher tuberkulöse Individuen (allgemeine Reaktion nach Tuberkulin); 2. wegen des chronischen, zu Rezidiven tendierenden Verlaufes; 3. wegen Aussehen, Entwicklung und Sitz einzelner Herde, die dem bei papulonekrotischem Tuberkulid gewöhnlichen Typus gleichen; 4. auf Grund der histologischen Untersuchung; 5. wegen des Nachweises Much'scher granulierter Stäbchen in den Krankheitsprodukten und im strömenden Blute und 6. weil der Prozeß durch Tuberkulintherapie offenbar spezifisch beeinflußt wurde.

3. Malleus acutus, von R. Granston Low-Edinburg. Die guten Abbildungen, die man auf den ersten Blick für Pocken, am Rumpfe auch für Windpocken oder für ein pustulöses Syphilid halten möchte, stammen von einem akut und ziemlich schwer erkrankten Kutscher, der zur Genesung kam. Malleusähnliche Bazillen konnten mikroskopisch nachgewiesen werden, doch gelang die Überimpfung auf Meerschweinchen nicht, und ebensowenig konnte der Infektionsmodus nachgewiesen werden.

4. Granuloma nodulare et confluens (Typus Boeck), von G. Nobl-Wien. Bei einem 25jährigen Mädchen waren binnen 5 Monaten über Stirn, Nasenwurzel und Augenlider und noch ausgeprägter über Lippen, Nasolabialfurchen und angrenzende Wangen- und Kinnpartien eigentümliche Veränderungen entstanden, welche konfluiert waren aus dicht gruppierten, mäßig vorspringenden, rötlichbraunen Knötchenaggregaten; Untersuchungen auf Mikrobien und Überimpfungen waren resultatlos; ebensowenig ließ

Digitized by Google

sich Tuberkulinreaktion auslösen, dagegen wies die histologische Struktur auf tuberkulöse Abstammung hin. Erstaunlich war der Rückgang aller Veränderungen unter protrahiert fortgeführter interner Arsenmedikation.

5. Ulcus rodens morphoeiforme, von H. Radcliffe-Crocker und George Pernet. Beschreibung und Reproduktion eines Falles, der schon 1896 auf dem internationalen dermatologischen Kongreß vorgestellt wurde und später zur Operation und histologischen Untersuchung kam.

6. Hemisporosis cutis. Ein Fall von Hemisporose der Haut, von M. Schramek und St. Weidenfeld-Wien. Der Fall betraf einen 51jährigen Mann mit hypertrophischen und ulzerösen Veränderungen an der Nase, in denen sich die Hemispora stellata kulturell nachweisen ließ. In den histologischen Schnitten konnte der Pilz nicht gefunden werden, doch erinnerte das Aussehen sehr an die Bilder, die durch das Sporotrichum Beurmanni hervorgerufen werden.

7. Atrophia cutis cum hyperkeratosi symmetrica palmare et plantare, von H. Sowade-Halle a. S. Das interessante Bild, das äußerlich sehr an Jacobis Poikilodermia atrophicans vascularis erinnert, zeigt die Hände und Unterarme eines 7jährigen Mädchens, bei dem die Haut des ganzen Körpers gewisse Veränderungen zeigt und der eigentliche Krankheitsprozeß das Gesicht sowie die oberen und unteren Extremitäten, einschließlich beider Gesäßhälften, ergriffen hatte. Verfasser möchte den Fall, den er genauer beschreibt, der Gruppe der sog. progressiven idiopathischen Hautatrophien angliedern. Abgesehen von anderen Abweichungen wäre besonders bemerkenswert die ausgedehnte symmetrische Hyperkeratose an Händen und Füßen.

8. Granuloma multiplex benignum (tuberculoides). Das multiple benigne Sarkoid der Haut und seine Beziehungen zur Tuberkulose, von R. Wolfheim-Erfurt. Der aus der Breslauer Klinik stammende Fall betraf einen 12jährigen Knaben. Die Bilder legen einen Lupus vulgaris nahe, auch klinisch war die äußere Ähnlichkeit mit einem miliaren Lupus nach den Beschreibungen des Verfassers ganz außerordentlich auffallend. Auf Grund eingehender Erwägungen schließt Verfasser aber den Fall an die miliaren benignen Hautlupoide Boecks an. W. Lehmann-Stettin.

Entretiens Dermatologiques à l'école Lailler (Hôpital Saint-Loui). (Dermatologische Unterhaltungen) von R. Sabouraud. (Paris, Octave Doin 1913). Das vorliegende Buch des bekannten französischen Forschers stellt eine Sammlung von Artikel dar, welche der Verfasser in Zeitschriften veröffentlicht hat. Diese Artikel resumieren die Unterrichtsvorträge, welche er allwöchentlich in der dem Hospital Saint-Louis angegliederten Schule hält, deren Zöglinge bekanntlich ausschließlich mit ansteckenden Haut- und Haarkrankheiten behaftet sind. Das Buch will keineswegs ein komplettes Lehrbuch der Dermatologie ersetzen, sondern es behandelt hauptsächlich in beinahe schematischer Klarheit die gewöhnlichsten und am häufigsten vorkommenden Hautkrankheiten. Alle Theorie ist weggelassen. Histologie und Bakteriologie sind nur insofern berücksichtigt, als sie allgemein anerkannte Tatsachen — keine Hypothesen — behandeln und entweder zum Verständnis eines Falles notwendig sind oder die Grundlage für ein therapeutisches Handeln geben. Das erste Kapitel behandelt die hauptsächlichsten seborrhoischen Erkrankungen: Pityriasis, Akne, Seborrhöe, Kahlheit. Das zweite betrifft die Alopezien und die Pelade, das dritte einige parasitäre Hauterkrankungen (Erythrasma, „Ekzema marginatum", Herpes tonsurans der Nägel und Zehen). Im 4. Kapitel kommen die Pyodermitiden jeder Art und Form zur Besprechung, so die Follikulitis, die Furunkulose, die Sykosis und Impetigo, und im 5. Kapitel das Ekzem und die Prurigines. zwei Schlußkapitel sind den dermatologischen Medikamenten, besonders den etwas seltener gebrauchten, und der kleinen der-

Digitized by Google

matologischen Chirurgie gewidmet. Der Liebhaber einer klaren, präzisen Darstellungsweise und einer bestimmten therapeutischen Indikationsstellung wird seine Freude an dem Buch haben. A. Gunsett-Straßburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Rachitis und Wassermannsche Reaktion, von D. Caffarena-Genua. (Gazz. osped. e Clin., 1912, Nr. 61.) Bezüglich der Entstehung der Rachitis hat vor kurzem Marfan die Hypothese aufgestellt, daß zu den direkten Ursachen die hereditäre Lues gehört, welche direkt imstande sei, eine bestimmte Rachitisform zu erzeugen, deren charakteristische Zeichen: frühes Auftreten, Vorwiegen der Läsionen am Schädel, Anämie und Hypertrophie der Milz seien. Nach Marfan kann man bei sorgfältiger Berücksichtigung der Familienanamnese in zwei Drittel solcher Fälle Lues feststellen.

Die frühzeitige hereditäre Lues kann nach Marfan im Knochengewebe zwei Arten von krankhaften Veränderungen bewirken: 1. eine spezifisch luetische: die gummöse Osteochondritis; 2. eine gewöhnlichere Veränderung, welche auch durch andere Ursachen bedingt sein kann, den Rachitismus. Die erstere Form ist bedingt durch Lokalisation des Treponemas im Knochengewebe. Die Rachitis würde nach Marfan die allgemeine Verteidigungsreaktion des Organismus gegen das Treponema sein, welches auch der Herd der Ansiedlung dieses Infektionsträgers sei.

Die Rachitis ist nach M. als das Resultat der Reaktionen aufzufassen, welche im Knochenmark und in den Ossifikationsherden auf Grund von Infektionen und Intoxikationen auftreten, welche sich in den letzten Monaten des intrauterinen und den ersten beiden Jahren des extrauterinen Lebens äußern. Als solche würden folgende aufzufassen sein: die alimentären Intoxikationen, die Lues, die Tuberkulose, chronische Malaria, Diabetes, chronische Bronchopneumonie, chronische Dermatitiden usw. Durch solche toxisch-infektiöse Ursachen entstehen im Knochenmark bestimmte Veränderungen, wie Vermehrung der neutrophilen Myelozyten mit zahlreichen gekernten Erythrozyten, eosinophilen Zellen, Anhäufungen abnormer Art von Medullarzellen. Diese Veränderungen sind imstande, eine Störung der knochenbildenden Funktion der Osteoblasten hervorzurufen und so zur Rachitis zu führen.

Caffarena hat nun die Gelegenheit gehabt, zahlreiche rachitiskranke Kinder auf Wassermannsche Reaktion zu untersuchen; die Resultate sind der Marfanschen Anschauung durchaus günstig. Er fand in 30% aller rachitischen Kinder eine positive Wassermannsche Reaktion. In fünf Fällen, wo C. Gelegenheit hatte auch die Eltern der Kinder auf Wassermannreaktion zu untersuchen, erhielt er zweimal ein positives Resultat. K. Rühl-Turin.

Die chronischen Leukozytosen der Zerebrospinalflüssigkeit der Syphilitiker, von A. Sézary. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 121.) Im Verlaufe der Syphilis gelingt es schon von Beginn der Sekundärperiode an, in der Lumbalflüssigkeit in der Hälfte aller Fälle auch bei Abwesenheit irgend welcher meningitischer Symptome eine Leukozytose herzustellen. Desgleichen findet man eine solche in der Spätperiode, sei es bei echt syphilitischen Nervenläsionen wie z. B. Meningitis sclero-gummosa der Basis oder der Konvexität des Gehirns oder Meningomyelitis oder bei parasyphilitischen Erkrankungen. Wenn man den Verlauf dieser Leukozytosen studiert, so findet man, daß sie in manchen

Digitized by Google

Fällen oft in wenigen Wochen spontan oder unter der Behandlung verschwinden, in anderen hingegen mehrere Monate oder Jahre andauern. Es handelt sich dann um chronische Leukozytosen. Unter diesen Leukozytosen gibt es verschiedene Formen:

1. Die chronische Leukozytose der Sekundärperiode: Ihre Hauptcharakteristika sind ihr Vorhandensein in der Latenz, die Abwesenheit jeglicher konkomitierender Symptome einer Meningitis oder Nervenaffektion und ihre Heilbarkeit. Letzteres ist aber nur bei sehr intensiver Behandlung der Fall. Sie können dem Quecksilber Trotz bieten und auch das Salvarsan wird derselben nur bei gehäuften Injektionen Herr. Ein Parallelismus zwischen Hautsymptomen und dieser Leukozytose besteht in keiner Weise. Sie ist weder bei jedem Hautsymptom konstant vorhanden, noch in ihrer Intensität von der Intensität der Hautsymptome abhängig. Sie ist lediglich der Ausdruck einer spezifischen Erkrankung der Meningen und kann einzig und allein durch die Lumbalpunktion erkannt werden.

2. Die Leukozytose, welche mit einer gleichzeitigen syphilitischen Nervenläsion einhergeht. Wenn eine tertiäre, d. h. zirkumskripte und gummöse, oder sekundär-tertiäre syphilitische Erkrankung das Nervensystem in seinem Parenchym oder seinen Arterien befällt, ist sie immer von Meningitis begleitet. Bei der Lumbalpunktion findet man dann eine Leukozytose, welche während ihrer ganzen Dauer, d. h. Wochen und Monate, vorhanden ist. Dieselbe kann auf eine intensive Behandlung vollständig verschwinden. Sehr oft wird sie aber nur vermindert und es ist dann unmöglich, sie ganz zu beseitigen. Sie ist dann unheilbar und zu einer

3. metasyphilitischen oder residuellen Leukozytose geworden. Hierher gehören alle diejenigen Leukozytosen, welche alte, nicht mehr aktive Nervenläsionen überdauern. Sie finden sich bei Individuen mit zikatriziellen, unbeeinflußbaren Nervenläsionen und ist von nervösen Störungen (Hemiplegie, Paraplegie) begleitet. Sie wird von keiner Behandlung beeinflußt und kann höchstens, wie manche parasyphilitischen Erscheinungen spontan zurückgehen. Diese Leukozytose ist infolgedessen wahrscheinlich nicht spezifisch, sondern irritativer Natur und durch die infolge des benachbarten Narbenherdes gesetzte Entzündung bedingt. Bei Syphilis würde eine solche entzündliche Meningitis durch eine frühere syphilitische Meningitis begünstigt worden sein und hätte nach deren Verschwinden ihren Platz eingenommen.

4. Die parasyphilitische Leukozytose begleitet die parasyphilitischen nervösen Affektionen (Tabes und progressive Paralyse). Sie ist ebenso wie die vorhergehende unheilbar, trotzdem sie — auch ohne Behandlung — sich bessern kann. Sie ist der residuellen Lymphozytose zu vergleichen und unterscheidet sich von ihr nur durch die Tatsache, daß die Nervenläsion, durch deren Reiz sie bedingt ist, sich schleichend entwickelt hat, begünstigt durch frühere syphilitische meningeale Läsionen, welche wahrscheinlich heilbar waren, welche man aber zu heilen unterließ, und welche allmählich spontan verschwanden, nachdem sie nicht wieder gutzumachende nervöse Degenerationen gesetzt hatten. Das Initialstadium ist deshalb latent und nur durch die Lumbalpunktion zu finden, später kann man nur noch die residuelle Affektion (Tabes, progressive Paralyse) und ihre irritative Lymphozytose finden. Diese braucht übrigens nicht immer bestehen zu bleiben, sondern kann spontan verschwinden.

5. Die isolierte, unheilbare Leukozytose. Diese folgt auf keine frühere syphilitische Krankheit und begleitet keine parasyphilitische Affektion. Es handelt sich hier wahrscheinlich nur um entzündliche Reizung infolge nervöser Narbenläsionen, welche kaum markiert sind und in latenten Zonen sitzen, infolgedessen auch kein klinisches Symptom machen. Allerdings folgt in manchen Fällen zuletzt doch noch eine progressive Paralyse der Lymphozytose. Sonst ist sie nicht von ungünstiger Prognose. Eine syphilitische

Digitized by Google

Leukozytose kann von einer meta- oder parasyphilitischen nur durch eine intensive Kur unterschieden werden. Die zytologische Formel und die Wassermannsche Reaktion genügen hierzu nicht. Aus diesen Betrachtungen zieht der Verfasser folgende Schlüsse für die Therapie: Die Fourniersche intermittierende Behandlung, welche ohne rationelle Indikationen handelte, muß ersetzt werden durch eine symptomatische, welche aber nicht auf die gänzlich ungenügenden klinischen Manifestationen, sondern auf die präzisen humoralen Reaktionen fundiert werden soll, zu welchen die Wassermannsche Reaktion und vor allem auch die Untersuchung des Lumbalpunktats gehören, da nur durch diese eine nervöse Lokalisation in latenter Entwicklung diagnostiziert werden kann. Deshalb soll systematisch bei jedem um seine Zukunft besorgten Syphilitiker die Lumbalpunktion gemacht werden. Eine hierbei gefundene Leukozytose ist immer Indikation für eine intensive Merkur- oder Salvarsanbehandlung. Das gleiche ist der Fall bei Lymphozytosen, die man bei Beginn einer Hemiplegie oder Paraplegie findet. Bei syphilitischen (Paraplegie, Hemiplegie z. B.) oder parasyphilitischen Nervenaffektionen soll zunächst ebenfalls eine intensive (Vorsicht bei progressiver Paralyse!) Hg-Behandlung begonnen werden. Nach 1 bis 2 Monaten beobachtet man den Verlauf, den die Leukozytose dabei nimmt. Nimmt sie nicht ab, so ist eine Fortsetzung der Kur unnötig. Es handelt sich eben dann um nicht mehr beeinflußbare zikatrizielle Läsionen. A. Gunsett-Straßburg.

Beiträge zur Kenntnis der Lungen und Tracheobronchialsyphilis, von Hermann Lindvall und J. Tillgren. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk., Bd. 24, H. 3.) Auf dem Gebiet der Diagnose der Lungensyphilis sehen die Verfasser in der Wassermannschen Reaktion und im Röntgenbild Verbesserungen. Die Lues tertiaria pulmonum kommt vor als gummöse und fibrösschwartige Form. Eine Übergangsform zwischen diesen beiden Typen veröffentlichen die Verfasser an der Hand einer sehr ausführlichen Krankengeschichte. Es handelte sich um periphere kleine Granulationszapfen mit ausgesprochenen indurativen Tendenzen. Zum Vergleich wird die Krankengeschichte einer Carnificatio luetica pulmonis gegenübergestellt. Weder die makroskopischen, noch mikroskopischen Lungenveränderungen zeigen spezifischen Charakter.

V. Caesar-Dresden.

Nabelschnurentzündung und Syphilis, von M. Simmonds-Hamburg. (Virchows Arch., 1912, Bd. 209, S. 146.) Simmonds' Ergebnisse: „1. In etwa 50% der Früchte und Neugeborenen syphilitischer Abkunft ist eine Nabelschnurentzündung anzutreffen. 2. In etwa 9% der Früchte und Neugeborenen nicht syphilitischer Abkunft finden sich die gleichen Veränderungen. 3. Der Nachweis einer Nabelschnurinfiltration berechtigt in keiner Weise zur Diagnose Lues. 4. Sowohl in den syphilitischen wie in den syphilisfreien Fällen trübt das Vorhandensein der Infiltrate die Prognose des Kindes nicht. 5. Die Infiltrate können vorwiegend im Stroma, oder vorwiegend in den Gefäßwandungen oder an beiden Orten lokalisiert sein. Lieblingssitz der Infiltrate sind die äußeren Schichten der Gefäße und ihre nächste Umgebung. 6. Nur selten gehen die Infiltrate mit degenerativen Veränderungen der Gefäßwand oder Nekrose einher."

Simmonds hat 400 Fälle untersucht. In 40 Fällen lieferten Wassermannsche Reaktion Spirochätennachweis, Anamnese, anatomischer Befund die Diagnose der Syphilis. In 360 Fällen lag kein Anhalt für die Diagnose der Syphilis vor. Alle Altersstufen vom 10 cm langen Fötus bis zur ausgetragenen Frucht waren vertreten. — Mikrophotogramme erläuterten die klärenden Ergebnisse Delbanco.

Die sekundäre und tertiäre Phlebitis syphilitica, von Cutrone. (Riv. Veneta di scienze med., 30. Sept. 1912.) Der Verfasser beobachtete 2 Fälle von tertiärer Phlebitis, welche in einem Falle im 46. Jahre (25 Jahre nach der Infektion) und im anderen im 72. Jahre (30 Jahre nach der Infektion) auftraten. In beiden Fällen war

Digitized by Google

die Wassermannsche Reaktion positiv. Im ersten Falle war die Erkrankung primär auf der Venenwand mit gummösen Typen aufgetreten, während im zweiten Falle eine skleröse Erkrankung der Umgebung auf die Vene übergriff. Getroffen waren in beiden Fällen oberflächliche Hautvenen, was bei tertiären Phlebitiden eine Seltenheit ist.

A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von syphilitischer Geschwulst der Wadenmuskeln, von Lefebvre-Toulouse. (Prov. méd., 1912, Nr. 27.) Dieses seltene, tertiäre Syphilissymptom kann in Form diffuser Myositis, welche unter dem Bilde eines akuten Entzündung auftritt und zur Degeneration des Muskels führt, und in Form einer zirkumskripten Gumma auftreten. Letzteres kann indolent und beim Gehen nicht hinderlich sein und hinterläßt fibröse Knoten.

Verfasser veröffentlicht einen Fall der letzteren Art. Patient war mit seiner Geschwulst täglich 10—20 km gelaufen. Sie wurde zunächst für ein Neoplasma gehalten und sollte operiert werden. Aus der Zusammenstellung ähnlicher Fälle ergibt sich, daß Männer mehr als Frauen und am häufigsten im Alter zwischen 20 und 40 Jahren von Muskelgummata befallen werden. Daß ferner nächst der Wade der Sternomastoideus, dann der Quadriceps femoris am häufigsten befallen werden. Werther-Dresden.

Über die spezifische Behandlung der parasyphilitischen Nervenkrankheiten, von J. Jadassohn-Berlin. (Schweizer Corresp.-Bl., 1912, Nr. 23.) Die syphilitische Ätiologie der Tabes und Paralyse ist namentlich durch die Wassermannsche Reaktion klar gestellt. Bezüglich der Wirksamkeit des Quecksilbers bei diesen Krankheitsprozessen stehen die Ansichten der Ärzte, sowohl der Neurologen, wie der Syphilidologen diametral gegenüber. Das gleiche gilt für die Art der Verwendung des Mittels. Bezüglich der Behandlung mit Salvarsan herrschen die gleichen Meinungsverschiedenheiten. Da eine große Zahl der vertrauenswertesten Kliniker über günstige Erfahrungen mit der spezifischen Therapie berichtet, sollte diese, falls nicht bestimmte Kontraindikationen vorliegen, in jedem Falle angewendet werden. Es muß der größte Wert auf die Frühdiagnose gelegt werden, da im Frühstadium am ehesten ein günstiger Erfolg zu erwarten ist. Es wäre von großem Wert, wenn man feststellen könnte, ob schon in den Frühstadien der Lues diejenigen Patienten, die bestimmt sind später Nervenlues zu bekommen, im Liquor positiv reagieren. Die häufige Kombination von para- und eigentlich syphilitischen Erkrankungen und ihre zeitweise schwierige Differentialdiagnose sprechen für die Notwendigkeit spezifisch-therapeutischer Versuche in jedem Falle. Die Kombinationstherapie von Hg, Jod und Salvarsan ist die für die Praxis gegebene. Verfasser glaubt aber, daß man für die Mehrzahl der Fälle mit Salvarsan allein dasselbe erreichen kann wie mit der Kombinationstherapie. Todesfälle nach Salvarsanbehandlung lassen sich meist auf Fehler in der Methode oder auf das Vorhandensein schwerer Herz- und Gefäßveränderungen, hochgradige Nervendegeneration oder meningitische Läsionen speziell im Halsmark (Phrenikus) zurückführen, namentlich bei anfänglich hohen Dosen. Vor der Behandlung fortgeschrittener Fälle wird viel gewarnt. Verfasser rät zu kleinen Anfangsdosen, 0,1 ja sogar 0,05 Salvarsan, die in kurzen Abständen wiederholt werden sollen. Werden diese Dosen gut vertragen, kann man getrost zu größeren, 0,4 bis 0,6, in größeren Abständen übergehen. Die spezifische Therapie muß längere Zeit fortgesetzt und durch Jahre hindurch immer wiederholt werden unter Hinzuziehung aller anderweitigen therapeutischen, roborierenden und hygienischen Agentien. Bestimmte Affektionen des Nervensystems, wie Hemiplegien, Optikusatrophie, meningitische Erscheinungen stellen nach Ansicht des Verfassers nur eine Kontraindikation gegen große Salvarsandosen nicht aber gegen Salvarsan überhaupt dar, besonders wenn man den Optikus gut kontrolliert.

Digitized by Google

Die Frage, wieweit die spezifische Therapie in der Frühperiode vor parasyphilitischen Erscheinungen schützt, ist noch nicht genügend statistisch geklärt. Verfasser hat den Eindruck, daß eine gründliche Hg-Behandlung die Chancen zu parasyphilitischen Erkrankungen vermindert. O. Valentiner-Leipzig.

Tabes und Trauma, von Ernst Schultze-Greifswald. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 45.) Verfasser ist der Ansicht, daß es eine posttraumatische Tabes nicht gibt, sondern daß die Tabes in jedem Fall Folge einer akquirierten oder hereditären Lues sei, wie ja auch die Wassermannsche Reaktion des Liquor cerebrospinalis (bei Verwendung von ca. 1,0 ccm) in mindestens 90% positiv ausfiele. Bei Untersuchung von Unfallverletzten, die eine Tabes auf den Unfall zurückführten, sei daher sorgfältig auf überstandene Lues zu fahnden, bei negativem Resultat — eine Lumbalpunktion ist bei Unfallverletzten prinzipiell zu vermeiden — gäbe oft Untersuchung des Ehegatten Aufschluß. H. Lautsch-Graudenz.

Soll man die Behandlung der Syphilis nach der Wassermannreaktion einrichten? von Audry-Toulose. (Prov. méd., 1912, Nr. 26.) Audry ist einer von den vielen französischen Syphilidologen, welche ihre Syphilitiker nur mit Einreibungen und Pillen behandeln. Er ist zwar Anhänger der chronischen und intermittierenden Behandlung, in der Latenz mit Pillen, aber die Bewertung der Wassermannreaktion, wie sie A. Neisser formuliert, scheint ihm voreilig und sogar gefährlich. Er will die klinische Beobachtung nicht beiseite gedrängt haben durch die in ihrem Wesen dunkle Reaktion, welche ein zu geschäftsmäßig ausgenütztes Laboratoriumverfahren sei. Die positive Reaktion in den ersten zwei Jahren will er aber klugerweise doch als ausschlaggebend für Vornahme einer intensiven Kur ansehen, weil sie in dieser Periode fast sicher zum Verschwinden gebracht werden kann. Werther-Dresden.

Die Behandlung der Syphilis im Lichte der neueren Forschungen, von Hübner-Marburg. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1912, Nr. 19.) Der für die Frankfurter Ortsgruppe der D. G. B. G. gehaltene Vortrag gibt eine außerordentlich klare Darstellung der modernen Syphilisbehandlung, wie sie sich auf Grund der neuen Forschungsergebnisse (Spirochätenentdeckung, Wassermannsche Reaktion und Salvarsananwendung) allmählich zu einer im allgemeinen feststehenden Methode entwickelt hat. Die Abhandlung, zwar in erster Reihe für Laien verständlich geschrieben, ist doch auch für jeden Arzt sehr lesenswert, wenn man auch mit Einzelheiten, z. B. der sehr weitgehenden Bewertung der Wassermannschen Reaktion, nicht vollständig einverstanden zu sein braucht. H. Lautsch-Graudenz.

Über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Salvarsantherapie, von M. Oppenheim-Wien. (Österr. Sanitätswesen, 1912, Nr. 10.) Verfasser stellt drei Fragen zur Diskussion und beantwortet die erste Frage: Kann Salvarsan sämtliche Syphilisspirochäten abtöten? dahin, daß dies nur im allerersten Stadium möglich ist; die zweite Frage: Schädigt Salvarsan den Organismus? beantwortet er dahin, daß wir mit Rücksicht auf die Neurorezidive ein gewisses Risiko auf uns nehmen. Die dritte Frage, nach der besten Anwendungsweise, ist dahin zu beantworten, daß als Methode der Wahl die intravenöse Einverleibungsmethode zu erklären ist. Auf jeden Fall muß man nach dem gegenwärtigen Stand des Wissens das Quecksilber als das richtigere, das Salvarsan als das energischere Mittel bezeichnen. A. Chrzelitzer-Posen.

Salvarsan in der Behandlung der Syphilis, von L. Török-Budapest. (Bör-és Bujakórtan. Beiblatt der Budapesti Orv. Ujsag, 1912, Nr. 1.) T. bespricht die 8000 Injektionen Wechselmanns. Eine solch große Zahl von Fällen kann nicht überblickt werden. Wer solche Versuche macht, ist nicht in der Lage, seine Fälle mit Aufmerksamkeit zu verfolgen und sich über ihren Verlauf zu informieren. Wechselmann sieht nur eine

Digitized by Google

kleine Quote der vielen Fälle wieder, weil ein großer Teil der Patienten Fremde sind, die nur am Tage der Injektion oder vielleicht noch einige Tage nachher unter Beobachtung stehen. Wechselmann nahm in Berlin Injektionen vor und T. sah Wochen und Monate später auf der Injektionsstelle ausgedehnte Nekrosen und Rezidive der Syphilis. Solch große Zahlen, wie die Wechselmanns, rufen auch an und für sich Mißtrauen gegen die Folgerungen des Verfassers hervor. Die erste Forderung der Beurteilung der Wirkung neuer Heilmittel ist die lange Beobachtung der mit diesen behandelten Patienten. Vom Verschwinden der manifesten, sichtbaren Symptome der Syphilis ist schon lange bekannt, daß dies mit einer Heilung nicht gleichbedeutend ist. Auch Quecksilber und Jod sind kräftige Antisyphilitika; in der überwiegenden Mehrheit der Fälle bringen sie mit wunderbarer Sicherheit die Produkte der Syphilis zum Verschwinden; aber die lange Erfahrung diente zur Belehrung, daß die Syphilis deshalb noch nicht geheilt ist, daß vielfach wiederholte Kuren notwendig sind, um eine Heilung zu erzielen. Auf Basis dieser Erfahrungen wurde die sogenannte intermittierende Behandlung zur Entwicklung gebracht, in deren Sinne die Syphilis auch zur Zeit des Symptomenmangels behandelt wird. Wurden die Patienten nicht auch während der Dauer der einzelnen Kuren behandelt, wenn sich die Symptome schon zurückgebildet haben? Und heute kann man schon sagen, daß in den frühzeitigeren Stadien der Syphilis der größere Teil der mit 1—2 Salvarsaninjektionen behandelten Fälle rezidiviert hat. Nur ab und zu wurden Fälle mitgeteilt, aus deren Beschreibung man auf eine verläufige Heilung schließen darf. Aber diese Fälle sind so selten, daß sie die Meinung nicht ändern können, die sich seither herausgebildet hat, nämlich daß Salvarsan an sich nicht imstande ist, Syphilis plötzlich, sozusagen auf einen Schlag, zu heilen, wie Quecksilber. Auch was letzteres betrifft, teilte man abortiv geheilte Fälle mit. Auch diese können nur als Ausnahmen angesehen werden. Auch unter den Fällen des Verfassers sind 2—3 solche, die er nach 1—2 Salvarsaninjektionen weiter in der Richtung untersucht, ob sie auch fernerhin symptomenfrei bleiben. Es wäre zu frühzeitig, sie schon jetzt als gesund zu erklären. Demgegenüber hat Verfasser Fälle, die trotz wiederholter Salvarsanbehandlung rezidiviert haben. Ein Patient bekam seit Mai 1911 monatlich 0.6 g Salvarsan intramuskulär. Nach 5 Injektionen trat ein Rezidiv auf. Ein anderer Patient bekam im Laufe eines Monats in Hamburg 3 intravenöse Injektionen. 2 Monate später hatte er doch Rachensymptome. Die plötzliche Heilung der Syphilis nur bei Anwendung des Salvarsans ist vorläufig ein eitler Wahn. Nichtsdestoweniger sind wir in den Besitz eines Heilmittels gelangt, das unsere Waffen im Kampfe gegen die Syphilis um eine vermehrt hat. Der Kampf wird also jetzt voraussichtlich erfolgreicher sein, als er bisher war. Den meisten Spezialisten stehen solche Fälle zur Verfügung, in denen der Patient mehrere Jahrzehnte die behandelte Syphilis überlebt hat, symptomenfrei geblieben ist, gesunde Kinder gezeugt hat, kurz bisher gesund war. Nach unser aller Ansicht sind diese Patienten mit Quecksilber und Jod geheilt worden. „Aber", könnte dagegen ein moderner oder ultramoderner Forscher einwerfen, „wie war die Wassermannreaktion dieser Leute?" Es wäre eine übereilte Ansicht, wenn man die Wassermannreaktion, dieses wertvolle diagnostische Hilfsmittel schon heute als Kriterium der Heilung annehmen würde. Nichts berechtigt zu der Annahme, daß man im Falle der Posivitivtiät auf eine aktive Syphilis folgern dürfte. So viel ist zweifellos, daß sie bei sehr auffallenden und intensiven syphilitischen Veränderungen negativ und trotz einer langen Latenz positiv sein kann. Wie sie auch bei diesen Patienten gewesen sein mag, so ändert das nichts an der Tatsache, daß die Patienten Jahrzehnte, ihr weiteres Leben hindurch nach Beendigung der antiluetischen Behandlung symptomenfrei geblieben sind, d. h. sie galten bisher als praktisch geheilt. Ein Patient in den 60er Jahren, der vor

Digitized by Google

30 Jahren mit Lues infiziert worden ist, hatte Schwindelanfälle. Wassermannreaktion war mittelstark positiv. Das Konsilium wurde wegen anderweitiger Beschäftigung des Patienten immer verschoben. Inzwischen sind die Schwindelanfälle ohne jede Behandlung verschwunden. Verfasser machte die Bekanntschaft eines sehr starken, in jeder Hinsicht gesunden, intensive geistige Arbeit verrichtenden Mannes, bei dem die Wassermannreaktion positiv war, zum Zeichen dessen, daß er vor 30 Jahren wirklich eine luetische Infektion durchgemacht hat. Es war wirklich eine starke Zumutung, in dem gegebenen Falle an aktive Syphilis zu denken. Es kann sein, daß das Negativwerden und das ständige Negativbleiben der Wassermannreaktion in den frühzeitigen Stadien der Syphilis wirklich ein Zeichen der vollkommenen Heilung ist und daß es von ebensolcher Bedeutung ist, als das Ausbleiben sonstiger Symptome der Syphilis; es kann sein, daß man der Negativität einen größeren prognostischen Wert zuschreiben kann, wenn der Nachweis gelingt, daß sie bei einem vollkommenen Symptomenmangel längere Zeit hindurch die Folgerung gestattet, daß die Syphilis nicht mehr rezidivieren wird. Die Symptomenfreiheit kann zurzeit allein das Kriterium des neuen Heilverfahrens bilden. Ein besonderes Glück ist es, daß auch in Fällen, in denen Quecksilber und Jodkalium wirkungslos geblieben sind oder nicht angewendet werden können, Salvarsan sich vortrefflich bewährt hat. Wenn die Salvarsanwirkung eine vollkommene ist, ist die Schnelligkeit überraschend mit der sich die Symptome zurückbilden, und in dieser Beziehung übertrifft es oft das Quecksilber. Demgegenüber bleibt aber die wohltätige Wirkung aus, oder sie ist ungenügend. Die Rezidive nach Salvarsanbehandlung fallen durch Massigkeit der Infiltration auf. Vielleicht ist diese Intensität der Rezidive der ungenügenden Dosis zuzuschreiben. Anfangs injizierte Verfasser kleinere Dosen, ohne neben Salvarsan auch Quecksilber angewendet zu haben; oder er hatte auch bei größeren Dosen zu der Wirkung einer Injektion Mißtrauen. Ähnliche lokal intensive Rezidive in den frühzeitigeren Perioden der Syphilis, kamen bei Quecksilberbehandlung nur sehr selten zur Beobachtung. Ähnliche Rezidive entstanden manchmal auch nach mehreren Salvarsaninjektionen. Hier spielt noch irgend ein unbekannter Umstand mit. Seit Syphilis mit Salvarsan behandelt wird, kommen Rezidive auch in den frühzeitigen Perioden der Syphilis häufiger zur Beobachtung, in denen die Gehirnnerven erkrankt sind. Diese Neurorezidive stellen sich 1—6 Monate nach der Salvarsaninjektion ein, zumeist in den ersten 4 Monaten. Ein Patient des Verfassers bekam rechtsseitige Fazialislähmung und zugleich fing er an auf dem rechten Ohre schlecht zu hören. Die Fazialislähmung verschwand in einigen Wochen ohne jede Behandlung, während das rechte Ohr trotz Quecksilberbehandlung taub wurde. Gegen die frische Syphilis eines anderen Patienten wurden in Hamburg im Laufe eines Monates drei intravenöse Injektionen gegeben. 2 Monate später: Rachensymptome, vollkommene linksseitige Fazialislähmung und Taubheit des linken Ohres. Nach Schmierkuren verschwanden die Rachensymptome, aber die Fazialislähmung und die Taubheit blieben unverändert. Wenn Verfasser sich in einem frischen Syphilisfalle für das Salvarsan entschlossen hat, injizierte er während der Quecksilberbehandlung 0,1—0,2 Salvarsan 1—2mal im Laufe 1—2 Wochen (0,1 eventuell 3mal) und diese Dose wiederholt er in manchen Fällen am Ende des Quecksilberzyklus. Diese Dose ist natürlich ganz willkürlich, denn man weiß noch nicht, wie groß die Gesamtmenge des Salvarsans sein soll, die man während des Quecksilberzyklus, so auch während der ganzen Heildauer der Syphilis geben muß. Nach seiner Ansicht ist sie viel kleiner, als die, mit der man jetzt operiert. Porosz-Budapest.

Über die Ausscheidung des Salvarsans durch die mütterliche Milch, von D. Caffarena-Genua. (La Pediatria, 1912, Nr. 4.) Schlußfolgerungen:

1. In dem untersuchten Fall wurde das Salvarsan sowohl infolge intravenöser wie infolge intramuskulärer Injektion durch die Milch ausgeschieden.

Digitized by Google

2. Die Ausscheidung dauerte bei der intravenösen Einspritzung 2—3, bei der intramuskulären 10—12 Tage.

3. Es empfiehlt sich, der Mutter wiederholt intramuskuläre Einspritzungen zu machen, weil auf diese Weise das Kind einer länger dauernden Behandlung unterzogen wird, und weil man infolge intravenöser Injektionen schon mehrmals eine Verschlimmerung des allgemeinen Zustandes des Kindes beobachtet hat. Letztere Fälle wurden von Jesionek auf einen reichlichen Übergang von Endotoxinen der Mutter in den kindlichen Organismus zurückgeführt und zwar wahrscheinlich mit Recht, weil die direkte Einführung des Medikamentes in das Blut die rasche Zerstörung zahlreicher Spirochäten und das Freiwerden einer großen Menge von Endotoxin zur Folge hat, dessen Ausscheidung bereits beginnt, bevor der Organismus der Mutter durch Erzeugung genügender Antitoxinmengen reagieren konnte.

4. In den Fällen von schwerer Erblues empfiehlt es sich, neben der indirekten eine direkte Behandlung durchzuführen und dem Kinde selbst das Mittel einzuspritzen und zwar gleich von Anfang an, denn wenn man erst abwarten wollte, daß infolge der Behandlung der Mutter eine deutliche Besserung des Kindes eingetreten wäre, würde man in manchen Fällen eine kostbare Zeit versäumen und eventuell riskieren, zu spät, d. h. ohne Erfolg einzugreifen. K. Rühl-Turin.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Erziehung der Jugend zu sexueller Ethik und Hygiene, von Katharina Scheven. (Abolitionist, 1912, Nr. 9—10.) Verfasserin führt in einem längeren Vortrage aus, daß alle Bemühungen um eine bessere sexuelle Erziehung der Jugend und um deren sexuelle Belehrung vergeblich sind, solange der Staat durch die Reglementierung die Prostitution zu einer gesetzlichen Einrichtung stempelt. Der junge Mann, der ins Leben hinaustritt, sieht in der Benützung der Prostitution einen legalen Handel, der ihm keinerlei sittliche Verantwortung auferlegt, während der Staat ihm die Gefahrlosigkeit des außerehelichen Verkehres garantieren soll. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein neuer Apparat für sterile Blutentnahme aus der Vene (zur Aussaat und Wassermannschen Reaktion und für Entnahme von Zerebrospinalflüssigkeit), von Julius Finkelstein-Moskau. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 48.) Der Apparat besteht aus einem Glasröhrchen, das durch einen von zwei Glasröhren durchbohrten Korken verschlossen ist. Die eine Glasröhre wird durch Schlauch und Nadel direkt mit der Vene (resp. Rückenmarkskanal) verbunden, während durch das andere Rohr die von dem einströmenden Blut (resp. Zerebrospinalflüssigkeit) verdrängte Luft entweicht. Zum Zurückhalten des Blutgerinnsels sind in der Glasröhre innen Widerhaken angeschmolzen. Die Glasröhre kann für Blutaussaat durch einen mit Nährbouillon gefüllten Kolben ersetzt werden, der auf diese Weise eine sterile Beschickung gestattet.

H. Lautsch-Graudenz.

Scharlachrot-Intoxikation, von Henry H. M. Lyle-New York. (Med. Record, 16. Nov. 1912.) Die Scharlachrotsalbe kann, wenn sie auf größere Partien epithelentblößter Hautoberfläche appliziert wird, resorbiert werden und Vergiftungserscheinungen machen, die sich in Erbrechen, krampfartigen Leibschmerzen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Zyanose, Herabsetzung der Pulsspannung, Temperatursteigerung usw. äußern können. Zu den wenigen in dieser Hinsicht beobachteten Fällen berichtet Verf. einen neuen, bei dem es sich um eine 50jähr. Frau mit schweren Verbrennungen der Brust

Digitized by Google

und Arme handelt. Nach Entfernung der Salbe schwanden die Symptome rasch und konnten vermieden werden durch Anwendung einer schwächeren Salbe von nur 4% Konzentration, die abwechselnd auf kleineren Bezirken appliziert wurde.

W. Lehmann-Stettin.

Das Ohrringstechen und seine Gefahren, insbesondere die tuberkulöse Ansteckung der Stichöffnungen, von Alois Epstein-Prag. (Ztschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. 4, Nr. 5.) Der Brauch des Ohrringstechens wird als überflüssig erklärt und gefährlich dadurch, daß er durch seine Folgen zu ernsten, das Leben bedrohenden Erkrankungen führen kann. Aus der Literatur werden alle bekannt gewordenen Fälle gesammelt, in denen im Anschluß an das Ohrringstechen tuberkulöse Infektion als Hauttuberkulose oder Lupus der Ohrläppchen oder der Muschel auftrat. Angefügt werden zwei eigene Beobachtungen dieser Art. In jedem Fall war die Herkunft der Tuberkelbazillen nicht erkennbar, besonders gefährlich erscheint es aber, wenn die Operation von phthisischen Müttern oder Personen vorgenommen wird, die womöglich den durchzulegenden Faden vorher noch mit Speichel anfeuchten. H. Lautsch-Graudenz.

Verschiedenes.

Die 37. Jahresversammlung der **American Dermatological Association** findet in Verbindung mit dem Kongresse amerikanischer Ärzte und Chirurgen im Mai 1913 zu Washington statt. Hauptverhandlungsthema ist: Symptomatologie, Ätiologie und Behandlung der Pityriasis rosea.

Für Sektion XIV (Urologie) des vom 6.—12. August 1913 in London stattfindenden **XVII. internationalen medizinischen Kongresses** wurden folgende Themata aufgestellt: 1. Diagnose und Behandlung der malignen Erkrankungen der Prostata in ihren ersten Stadien (Referenten: H. Kümmel-Hamburg, Hugh Young-Baltimore); 2. Diagnose und Behandlung der Nieren- und Blasentuberkulose in ihrem Beginne (F. Legueu-Paris, V. Rochet-Lyon, H. Wildbolz-Bern), 3. Diagnose und Behandlung der Erkrankungen der Harnwege hämatogenen Ursprunges (G. E. Brewer-New York, Th. Rovsing-Kopenhagen).

In Straßburg i. E. wurde eine **Dermatologische Gesellschaft** mit Prof. Wolff als Vorsitzenden begründet. Dem Vorstande gehören weiter an Prof. Adrian, DDr. Mulzer, Oppenheimer, Hügel und Gunsett.

Prof. Alfred Fournier-Paris wurde zum Ehrenmitgliede der dermatologisch-venereologischen Gesellschaft in Odessa gewählt.

Prof. E. Gaucher-Paris wurde zum Präsidenten der Association générale des médecins de France gewählt.

Dr. Emilio Engel hat sich in Palermo als Privatdozent für Dermatologie und Syphilis habilitiert.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

1. Februar 1913 | Nr. 5 | Band 56

Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten zu Würzburg.
(Vorstand: Prof. Dr. Zieler.)

Klinischer und statistischer Beitrag zur Ätiologie der Hauttuberkulose, insbesondere des Lupus vulgaris.

Von

Ernst Rupp, Medizinalpraktikant.

Seit Robert Koch auf dem englischen Tuberkulosekongreß 1901 jenen berühmten Vortrag gehalten hat über die Frage, ob die Bazillen der Perlsucht der Rinder auf den Menschen übertragbar seien, daß ferner die Bazillen der Menschentuberkulose von denen der Rindertuberkulose wesentlich verschieden seien, entbrannte jener heftige Streit, der bis auf den heutigen Tag noch nicht völlig entschieden ist.

Es ist hier nicht der Ort, näher auf die ganze Frage einzugehen. Es sei deshalb nur erwähnt, daß die von Koch als Typus bovinus bezeichnete Form des Tuberkelbazillus fast ausnahmslos bei der menschlichen Lungentuberkulose fehlt, während dieser Typus nicht so selten bei der Tuberkulose anderer Organe, ganz besonders häufig im Kindesalter nachgewiesen worden ist. Daß auch schwere fortschreitende Tuberkulosen des Menschen, insbesondere Mesenterialtuberkulose bei kleinen Kindern, durch den Typus bovinus hervorgerufen werden können, ist jetzt sicher.

Was die ätiologischen Beziehungen von Perlsuchtbazillen zur menschlichen Tuberkulose überhaupt betrifft, so sind in den letzten Jahren sehr interessante Aufklärungen geschaffen worden. Es zeigte sich, daß Rindertuberkelbazillen im Sputum der an Lungentuberkulose leidenden Menschen, die den weitaus größten Teil aller Tuberkulösen umfassen, nur äußerst selten vorkommen. Von 709 Kulturen, welche in den Jahren 1898 bis jetzt von verschiedenen Autoren in den verschiedensten Gegenden der Welt in einwandfreier Weise auf ihre Zugehörigkeit zum humanen oder bovinen Typus untersucht wurden, gehörten sämtliche mit nur zwei Ausnahmen dem humanen Typus an (nach Möllers [1]).

Möllers (2) selbst stellte in den Sputen von 51 Lungentuberkulösen, die sehr genau mehrmals untersucht wurden, in jedem Falle den humanen Typus fest.

Rothe (3) untersuchte 100 Kinder, die in der Infektionsabteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses gestorben waren. Durch Verimpfung ihrer Bronchial- und Mesenterialdrüsen auf Meerschweinchen und Kaninchen wies er unter 21 positiven Fällen nur einmal eine Infektion mit Perlsuchtbazillen nach. Für diesen Fall wurde auch im Rinderversuch der Typus bovinus ermittelt.

Digitized by Google

Kitasato (4) züchtete von 152 japanischen Lungentuberkulösen Tuberkelbazillen in Reinkultur. Die Kaninchenversuche ergaben sämtlich die Zugehörigkeit der geprüften Stämme zum Typus humanus. Hierbei kann erwähnt werden, daß die japanische Bevölkerung keine Kuhmilch trinkt, aber Lungentuberkulose dort sehr häufig ist. Ob Lupus dort so selten ist, wie C. Fränkel (22) behauptet, möchten wir nach unsern klinischen und statischen Feststellungen bezweifeln (s. d.).

Daß im Kindesalter, namentlich im 1.—10. Lebensjahre, bei den chirurgischen Formen der Tuberkulose in den Mesenterial- und Bronchialdrüsen viel häufiger der Typus bovinus gefunden wird, als in mittleren und höheren Lebensaltern, ist nach zahlreichen und zuverlässigen Untersuchungen sicher. Es sei hier nur z. B. auf H. Parks (5) Untersuchungen im New Yorker Gesundheitsamte hingewiesen. 434 Fälle von Tuberkulose wurden kulturell auf Abstammung ihrer Typen untersucht. Bei 84 Kindern unter 5 Jahren wurden 22mal Bazillen vom Typus bovinus gefunden, bei 54 Kindern im Alter von 5—16 Jahren 9mal, bei 296 Erwachsenen nur einmal. In Amerika beruhen scheinbar 3% aller Tuberkulosefälle auf boviner Infektion, die als Todesursache bei kleinen Kindern sogar bis auf 10% ansteigt. Im allgemeinen sind Infektionen jedenfalls mit dem Typus bovinus beim Menschen nicht häufig nachgewiesen.

Daß der Lupus eine Hauttuberkulose ist, ist ja schon längst entschieden, nachdem Koch Reinkulturen von Tuberkelbazillen aus Lupus gezüchtet hat und Doutrelepont, Demme u. a. im Gewebe Tuberkelbazillen nachgewiesen haben. Durch die neueren Untersuchungsmethoden (Antiformin usw.) gelingt das sogar so gut wie regelmäßig. Ebenso gelingt es leicht, durch Verimpfung von Lupusgewebe auf empfängliche Tiere eine allgemeine Tuberkulose zu erzeugen. Lupusherde zeigen auch nach subkutaner Einspritzung mit altem Kochschen Tuberkulin die charakteristischen örtlichen, für Tuberkulose spezifischen Reaktionen um den Krankheitsherd. Daß auch die mikroskopische Untersuchung von Lupusgewebe meist das charakteristische Bild der Tuberkulose ergibt, ist ein weiterer Beweis für die tuberkulöse Ätiologie, allerdings der am wenigsten stichhaltige, da wir ja auch ähnliches bei anderen Erkrankungen finden.

Nach der Entdeckung des Tuberkelbazillus und seinem Nachweis bei den verschiedenen Formen der Tuberkulose nahm man zunächst an, daß alle Erscheinungsformen der Tuberkulose und auch die Hauttuberkulose durch denselben Tuberkelbazillus erzeugt worden seien. Erst die Anregung Kochs brachte, wie für die übrigen Tuberkuloseformen, auch für die Hauttuberkulosen die Frage zur erneuten Erörterung, ob diese nur durch den einen oder anderen Typus des Tuberkelbazillus hervorgerufen seien oder ob sie nur eine besondere, durch spezifische Verhältnisse der Haut bedingte Erscheinungsform der Tuberkulose darstellen, die sowohl durch den einen wie den anderen Typus des Tuberkelbazillus hervorgerufen werden kann.

Bei dem, im Gegensatz zu anderen Tuberkulosen, verhältnismäßig gutartigen Verlauf der Hauttuberkulosen hat man natürlich schon früh

Digitized by Google

die Frage sich vorgelegt, ob diese, insbesondere der Lupus vulgaris, durch den Typus bovinus entstünden. Hieran hat man auch deshalb gedacht, weil zweifellose Infektionen mit Rindertuberkulose, z. B. Tuberculosis cutis verrucosa bei Fleischern usw., im allgemeinen gutartig verlaufen und auch der Verlauf des Lupus meist ein chronischer und verhältnismäßig gutartiger ist.

Für diese Frage liegt bisher wenig experimentelles Material vor. Es wurden allerdings von verschiedener Seite Überimpfungen von lupösem Material von Menschen auf Tiere (Affen, Meerschweinchen, Kaninchen) vorgenommen.

So findet sich unter den im Jahre 1905 von R. Kraus (6) ausgeführten Tuberkuloseübertragungen auf den Affen ein Versuch mit Lupusmaterial vom Menschen: nach einem Monat entstand ein hirsekorngroßer, geröteter Knoten, der Ähnlichkeit mit dem Skrophuloderm beim Menschen hatte. Impfungen mit Reinkulturen vom humanen oder bovinen Typus gaben sehr bald tuberkulöse Veränderungen der Impfstelle. Spezifische Unterschiede in der Wirkung der beiden Formen der Tuberkulose waren hier nicht zu erkennen.

Am interessantesten sind sicherlich eine Reihe von Versuchen, die Lewandowsky (7) 1909 veröffentlichte. Alle Stämme, die zu den Tierversuchen dienten, stammten direkt von menschlichen Krankheitsherden (ein Stamm ausgenommen). Zur Impfung bediente sich Lewandowsky teils des kutanen, teils des intravenösen Weges. Experimentiert wurde an 28 Meerschweinchen und 16 Kaninchen mit 6 Tuberkelbazillenstämmen von Lupus, 2 von Skrophuloderm, 4 von chirurgischen Fällen und einem Perlsuchtstamm. In jedem Falle führte die Überimpfung von Tuberkelbazillen zu einer lokalen Hauttuberkulose. Ein typisches Impfgeschwür bildete sich beim Meerschweinchen in der 2.—3. Woche nach der Impfung aus, nachdem die Schnittwunden zuerst verheilt waren. Nächst der Haut erkrankten die Lymphdrüsen. Der Verlauf der Allgemeintuberkulose nach Hautinfektion ist im Vergleich zu anderen Infektionsarten recht langsam. Mannigfacher als beim Meerschweinchen zeigten sich die tuberkulösen Hauterscheinungen beim Kaninchen. Auch auf der Kaninchenhaut entstand zuerst ein Geschwür, das nahezu dem der Meerschweinchen glich; außerdem traten aber auch beim Kaninchen Veränderungen auf, die dem menschlichen Lupus ähnlich sahen. Der Verlauf der Allgemeinerscheinungen nach Tuberkelbazillenimpfung ist weniger typisch als beim Meerschweinchen. Die Infektion mit Tuberkelbazillen vom Typus bovinus führt immer, auch bei kutaner Impfung, zu Allgemeintuberkulose; die mit dem Typus humanus zeigt bei Kaninchen wechselnde Ergebnisse. Von den inneren Organen erkrankten sowohl bei kutaner wie bei intravenöser Infektion beim Kaninchen fast ausschließlich die Lungen, während Leber, Niere und Milz nur unbedeutende tuberkulöse Veränderungen zeigten. Auch beim Meerschweinchen erkrankten nach kutaner Impfung zuerst und am heftigsten von allen Organen die Lungen, aber auch die Bauchorgane, und zwar häufiger und stärker als beim Kaninchen. Mikroskopisch fand sich bei beiden Tierarten ohne Ausnahme das charakteristische Bild der Tuberkulose. In wichtigen Punkten zeigten sich Analogien mit menschlicher Hauttuberkulose; so konnte niemals Verkäsung wahrgenommen werden. Wie beim Menschen zeigten auch hier die histologischen Bilder Unterschiede nach Tierart, Individualität und Pathogenese, indem bald mehr ein zerstreutes tuberkulöses Infiltrat zu sehen war, bald ein aus kleinen Tuberkelknötchen bestehendes. Zugegeben, daß auch bei diesen interessanten Überimpfungsversuchen in manchen Punkten eine gewisse Übereinstimmung zwischen menschlicher Hauttuberkulose und Impftuberkulose der Haut von Tieren gesehen wurde, eine wesentliche Übereinstimmung von

Digitized by Google

menschlicher Hauttuberkulose und Impftuberkulose der Haut der Tiere konnte nicht festgestellt werden. Lewandowsky hat, wie er an anderer Stelle (8) angibt, aus Lupusherden ausschließlich Stämme von Typus humanus gezüchtet.

Das beste experimentell gewonnene Material für diese Frage lieferte bisher der kürzlich veröffentlichte Schlußbericht der englischen Tuberkulosekommission (9), der auch ausführliche Untersuchungen darüber bringt, welcher Bazillus — Typus humanus oder Typus bovinus — als Erreger der Hauttuberkulose anzusehen ist. Er ist schon deswegen von größtem Interesse, weil er in verschiedenen Punkten der Ansicht Kochs hierüber entgegentritt und ausspricht, daß in sehr vielen Fällen der bovine Typus der Erreger der Hauttuberkulose sei und daß der Menschheit von ihm aus weit größere Gefahren drohen, als bis jetzt angenommen wurde. Denn in 40% der untersuchten Fälle wurde der Typus bovinus nachgewiesen.

Die englische Tuberkulosekommission untersuchte 20 Lupusfälle, die aber ein so klares Resultat, wie die Fälle von Lungentuberkulose, nicht ergaben. 3 Stämme, 2 humane und 1 boviner, konnten ohne weiteres als typisch angesprochen werden. Von den übrigen 17 Stämmen sollen 8 die Kulturmerkmale des bovinen Typus gezeigt haben, obgleich sie aber im Gegensatz zu dem sonstigen Verhalten des Typus bovinus weniger virulent für Rinder und Kaninchen waren. Verschiedene dieser Stämme ließen sich durch fortgesetzte Tierpassage auf eine höhere Pathogenität für Kaninchen und Rinder bringen, können also als Perlsuchtstämme angesprochen werden. Bei 7 von den 8 genannten Fällen scheint nach den Obduktionsprotokollen boviner Typus so gut wie sicher, dagegen bei einem Fall, der äußerst geringe tuberkulöse Veränderungen sowohl an 2 Rindern wie auch bei den geimpften Kaninchen hervorrief, ist der humane Typus anzunehmen. Für eine strenge Trennung der beiden Typen sprechen diese Ergebnisse nicht besonders. Die anderen 11 Stämme von den 20 obengenannten Stämmen zeigten deutlich die Kulturmerkmale des humanen Typus. Wie weit man etwa gegen die Deutung dieser experimentellen Ergebnisse auch Einwände machen kann, wollen wir hier nicht untersuchen.

Wir möchten aber schon hier betonen, daß diese Ergebnisse mit unseren klinischen Feststellungen nicht übereinstimmen. Vielleicht spielen hier geographische Verschiedenheiten mit, denn in einer kürzlich erschienenen Mitteilung berichten Rothe und Bierotte (10), daß sie unter 27 Lupusfällen in 23 Fällen, also in 85,2% als Erreger den Typus humanus nachweisen konnten, während nur in 4 Fällen (also 14,8%) der Typus bovinus gefunden wurde. Im ganzen konnten Rothe und Bierotte ihre Untersuchungen bisher in 28 Fällen abschließen. Hierbei wurden bei einem Kranken aus einem Lupusherde am After der Typus humanus (nach Tierpassage) gezüchtet, aus einem Herd der Nase der Typus bovinus. Sonst ist bisher auch bei multiplen Herden stets nur der gleiche Typus gefunden worden. Es wurden Lupusfälle von verschiedenster Anordnung und Dauer bei Kranken jeden Alters untersucht. Der Verlauf der experimentellen Untersuchungen sprach nicht für eine geringere Virulenz des TB. im Lupus, sondern nur für eine geringe Zahl von Erregern, die natürlich beim ersten Tierversuche nur geringe Erscheinungen bedingten. Auch die Dauer der Erkrankung bedingt keine Abnahme der Virulenz, denn aus einem jahrzehntelang bestehenden Lupus konnten TB. vom Typus bovinus mit voller Virulenz gezüchtet werden. In allen Fällen hatte die Deutung der gewonnenen Kulturen auch beim Tierexperiment keine Schwierigkeiten. Bei den von Rothe und Bierotte untersuchten Lupusfällen ist der Typus bovinus nicht so übermäßig häufig als Erreger gefunden worden, wie von der englischen Tuberkulosekommission. Aus diesen verschiedenen Untersuchungen geht also hervor, daß sowohl der Typus humanus wie der Typus bovinus in verschiedener Häufigkeit Lupus hervorrufen können.

Digitized by Google

Vielleicht sind die verschiedenen Resultate rein zufällige bei der geringen Zahl der untersuchten Fälle, vielleicht handelt es sich auch um örtliche Verschiedenheiten (England-Deutschland).

Von klinischen Gesichtspunkten aus hat zunächst Engelbreth (11) diese Frage behandelt. Er hat im Sommer 1904 bei einem Besuch im Lichtinstitut zu Kopenhagen festgestellt, daß $^9/_{10}$ aller dortigen Lupuskranken vom Lande stammten und daß darunter eine erhebliche Anzahl von Viehhirten, Melkern, Stallknechten, überhaupt von Leuten sich befanden, die viel mit Vieh in Berührung kommen. Er schließt daraus, daß Lupus eine spezifische Rindertuberkulose der menschlichen Haut und Schleimhaut ist.

Ebenso ist auch Boulet (12) der Ansicht, daß in weitaus den meisten Fällen von Lungen- und Hauttuberkulose bei Landbewohnern der Rindertuberkelbazillus der Erreger sei, sich stützend auf die statistische Tatsache, daß beim Stallpersonal der Besitzer tuberkuloseverseuchter Ställe die menschliche Tuberkulose auffallend häufig vorkomme, besonders wenn das Personal in den Ställen schläft. Ferner führt er an, daß die Häufigkeit der Tuberkuloseinfektion bei Veterinären, Metzgern u. a. für die Infektion durch bovinen Typus spreche, ebenso die Entwicklung eines tuberkulösen Hautgeschwüres infolge von Umschlägen mit Sahne, die von einer tuberkulösen Kuh stammte.

Auf den ersten Blick erscheint es allerdings verblüffend und sonderbar, daß gerade die Landbevölkerung eine so große Zahl von Lupuskranken stellt. Man fasse jedoch erst die ländlichen Verhältnisse etwas näher ins Auge. Daß es auch in den Städten eine große Zahl von Lupuskranken gibt, beweist die Statistik der einzelnen Kliniken, so z. B. wurden im Jahre 1900 in Breslau, das damals 412000 Einwohner zu verzeichnen hatte, nicht weniger als 157 Lupuskranke gezählt; daß aber seltener als auf dem Lande so weit ausgedehnte Formen von Lupus dem Arzte in der Stadt zu Gesicht kommen, liegt wohl hauptsächlich daran, daß die städtische Bevölkerung wegen der größeren Möglichkeit, einen Arzt aufzusuchen, viel früher, oft gleich im Anfangsstadium der Krankheit, einen Arzt zu Rate zieht, als der Landbewohner. Wie viele von lupuskranken Stadtbewohnern gehen schon allein wegen der geringen Entstellung, die ein beginnender Lupus verursacht, zum Arzte oder werden von Bekannten darauf aufmerksam gemacht. Der Landbewohner dagegen, der unter ganz anderen Verhältnissen lebt und schafft, kümmert sich wenig um ein solches „Pfückchen“ oder er geht einmal zum Arzte, setzt aber mit der Behandlung aus, weil sie ihm zu umständlich ist und nicht sofort den vollen Heilungseffekt bringt, zumal das Leiden ja anfangs völlig schmerzlos verläuft. Außerdem ist eine regelmäßige Kontrolle auf dem Lande mit weitaus größeren Schwierigkeiten verbunden als in der Stadt. Kommt dann einmal ein schon recht weit vorgeschrittener Lupusfall vom Lande zum Arzt in die Stadt und wird gefragt, warum er nicht schon früher gekommen

Digitized by Google

sei, so erhält man meist die Antwort: „Erst war es ein kleines Knötchen, das gar keine Schmerzen machte, infolgedessen beachtete ich es nicht weiter, da ich ja auch nicht vor Jahren mir vorstellen konnte, daß ein solches kleines Knötchen eine derartige Ausbreitung nehmen könnte."

Von verschiedenen Seiten wird geltend gemacht, daß Lupus vulgaris nur selten bei Lungentuberkulose vorkomme und daß er diese nur unwesentlich beeinflusse. Auch das hat man für die Annahme einer Entstehung des Lupus durch Infektion mit dem Typus bovinus geltend gemacht. Wir möchten zu dieser Frage aus der Literatur nur folgendes anführen:

So betont Forchhammer (13) folgendes: Von 1194 Patienten, die von den in 10 Jahren behandelten Lupusfällen des Finsenschen Instituts verfolgt werden konnten, starben 143, davon 81 Lupuskranke, also die überwiegende Mehrheit, an Lungentuberkulose, 62 an nicht tuberkulösen Krankheiten. Abgesehen von Fällen, die mit Viszeral-, Gelenk- oder Nierentuberkulose kompliziert waren, fanden sich 58, die das reine Bild des Lupus vulgaris im Verein mit tödlicher Lungentuberkulose boten. Nur in 8 von diesen 58 Fällen soll die Lungentuberkulose primär aufgetreten sein.

Scholtz und Doebel (14) beobachteten eine besonders große Zahl von kräftigen und sonst keine manifesten tuberkulösen Affektionen innerer Organe, speziell der Lungen, zeigenden Lupuskranken. Das steht mit den Angaben Forchhammers ja nicht in Widerspruch.

V. Raw (15) untersuchte 1910 100 Lupusfälle, welche sämtlich mit Tuberkulin menschlicher Provenienz behandelt wurden; unter 33 Sektionen von Lupuskranken fanden sich nur dreimal irgend welche tuberkulöse Veränderungen. Ferner will er noch nie bei einem Lungentuberkulösen Lupus auftreten gesehen haben, trotzdem er schon mehr als 5000 Fälle von Lungentuberkulose beobachten konnte. Er glaubt deshalb mit Bestimmtheit, daß Lupus durch Infektion mit Rindertuberkulose entstehe.

Uns scheinen bei der Verschiedenheit der Statistiken örtlich bedingte Verhältnisse von Bedeutung zu sein (s. o.), denn z. B. zu der Ansicht von Raw steht in einem gewissen Gegensatze eine Statistik des Kaiserl. Gesundheitsamtes vom Jahre 1909 über die Verbreitung des Lupus im Deutschen Reiche, durch welche deutlich gezeigt wird, daß Lupus gerade in denjenigen Gegenden häufiger ist, wo ein großer Teil der Bevölkerung mit Tuberkulose behaftet ist (16), so in Westpreußen, Schlesien, Posen, Westfalen, den Rheinlanden und von bayrischen Bezirken namentlich in Unterfranken.

A. Neisser (17) zeigte im Jahre 1900, daß in Breslau 157 Lupuskranke, sonst in Schlesien 552, in der ganzen Provinz Schlesien mit $4^2/_3$ Millionen Bewohnern, also im ganzen 709 Lupuskranke sich aufhielten, ferner in Posen 257 Lupuskranke. In beiden Provinzen ist auch die Lungentuberkulose mit hohen Ziffern vertreten.

Nach Finsens Schätzung kommen in Dänemark auf 2000 Menschen 1 Lupuskranker. Die verhältnismäßigen Angaben für Lungentuberkulose lauten auch hier kaum anders.

Während bei der menschlichen Tuberkulose von Jahr zu Jahr und gerade in den letzten Jahren ständiges Sinken zu verzeichnen ist, ist bei der Rindertuberkulose das Gegenteil wahrzunehmen.

Digitized by Google

So berichtete Dr. Beschorner (18), daß von 28 Amtshauptmannschaften des Königreichs Sachsen im Jahre 1876 auf je 10000 Einwohner in 16 Amtshauptmannschaften über 20—40 Sterbefälle an Lungentuberkulose kamen, im Jahre 1886 in 18 Amtshauptmannschaften über 20(—35), 1896 in 10 20—25, 1906 und 1908 in sämtlichen Amtshauptmannschaften auf 10000 Einwohner bereits unter 20 Sterbefälle trafen. In den beiden letzten Jahren ging in 3 bzw. 4 Amtshauptmannschaften die Sterblichkeit sogar auf 5—10 herab. Aus einer Statistik über die Häufigkeit der Rindertuberkulose auf dem Schlachthofe in Leipzig von den Jahren 1888—1891 geht hervor, daß im Jahre 1888 von Rindern 11,1%, von Kühen 17,5%, 1889: 14,9% bzw. 19,4%, 1890: 22,3% bzw. 27,8%, 1891; 26,7% bzw. 31,1% tuberkulös waren. Ein besonders übersichtliches Bild über das Anwachsen der Rindertuberkulose geben verschiedene Statistiken aus dem Königreich Sachsen. Im Jahre 1893 wurden im Königreich Sachsen (sächs. Veterinärbericht pro 1893) bei der Fleischbeschau in 20 Städten unter 69164 Rindern 12630 = 18,26% tuberkulös befunden; darunter waren von Bullen 12,07% und von Kühen 24,92% tuberkulös. In den Jahren 1907—1909 waren dagegen schon 38% aller geschlachteten erwachsenen Rinder und etwa 40% aller Kühe und Kalben als tuberkulös befunden worden. Hiernach hat die Tuberkulose unter den Rindern und Kühen in den Jahren 1890—1900 um 95%, bis 1908 sogar um etwa 140% zugenommen. Aus den Statistiken läßt sich auch ersehen, daß Kühe weit häufiger an Tuberkulose erkranken als Bullen und Ochsen. Bei Kälbern dagegen ist die Tuberkulose verhältnismäßig seltener. Auch bei diesen hat indessen die Häufigkeit der Tuberkulose zugenommen. Während im Jahre 1890 nur 0,3% bei der Schlachtung tuberkulöse Prozesse aufwiesen, waren im Jahre 1908 bereits 5% mit Tuberkulose behaftet.

Wir haben also hier Zahlen, die beweisen, daß Lungentuberkulose beim Menschen und Rindertuberkulose nicht gleiche Kurven geben; die in Sachsen gewonnenen zeigen sogar entgegengesetzte Wege. (19.)

Im übrigen Deutschen Reiche ist nach den Fleischbeschaustatistiken das Vieh wesentlich weniger mit Tuberkulose verseucht. Im Jahre 1907 waren alle im deutschen Reiche geschlachteten Tiere um etwa 44% weniger tuberkulös gewesen, als jene in Sachsen. Sachsen steht somit hinsichtlich des Vorkommens der Rindertuberkulose an erster Stelle im Deutschen Reiche. In absteigender Reihe folgen die beiden Mecklenburg, Schleswig-Holstein, Provinz Sachsen und Rheinlande, Westpreußen, Pommern, Westfalen, Schlesien, Brandenburg und Posen, Hannover, Elsaß-Lothringen, Hessen, Ostpreußen, Württemberg, Baden. Oldenburg und Bayern scheinen weniger verseucht zu sein. (20.)

Merkwürdigerweise zeigen also gerade die Gegenden mit sehr reicher Rindertuberkulose eine günstige Statistik bezüglich der menschlichen Tuberkulose und mit dieser, nicht mit der Rindertuberkulose, stimmt in der Häufigkeit der Verbreitung des Lupus überein. Die Statistik spricht also, wenn man alle Verhältnisse genau berücksichtigt, was z. B. Engelbreth nicht getan hat, nicht für eine nähere Beziehung des Lupus zur Rindertuberkulose.

Ähnlich liegen die Verhältnisse in den Nachbarländern Deutschlands.

Digitized by Google

Auch hier ständiges Anwachsen der Tuberkulose unter dem Vieh von Jahr zu Jahr.

Wir haben gesehen, daß verschiedene Autoren zum Teil nur aus klinischen Gründen die Entstehung der Hauttuberkulose durch den Typus bovinus des TB. für sicher oder doch für äußerst wahrscheinlich halten. Wenn wir uns nicht zu dieser Ansicht bekennen können, so geschieht es auf Grund eingehender Untersuchungen an einer nicht geringen Zahl von Lupuskranken, die in den Jahren 1910 bis April 1912 in der Königlichen Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Würzburg behandelt wurden. Das Ergebnis dieser, allerdings nur klinischen Beobachtungen, möge im folgenden zur Klärung der Frage einen Beitrag liefern.

Behandelt wurden vom Januar 1910 bis April 1912 in der Würzburger Klinik ungefähr 100 Kranke mit Hauttuberkulose, bei denen folgende Daten ermittelt wurden:

1. Wohnort und Beruf des Patienten;

2. bereits überstandene Krankheiten, einschließlich der Kinderkrankheiten;

3. wurde die bestehende oder eine frühere Hautkrankheit mit Milch, Sahne, Dünger (was auch vorkommt) oder sonst mit zweifelhaften „Hausmitteln" behandelt?

4. kam Patient in nähere Berührung mit Vieh, sei es auch beim Reinigen des Stalles oder beim Melken; hat Patient Dünger gefahren oder beim Viehschlachten geholfen (Häute abziehen), wobei namentlich erfragt wurde, ob Berührungen mit kranken Tieren schon vor der bestehenden Krankheit stattfanden;

5. befanden sich in der Umgebung (Familie) des Kranken tuberkulöse Individuen?

6. Wohnungs- und Lebensverhältnisse des Kranken (feuchte, sonnenlose, enge Wohnung; schlechte, einseitige Ernährung);

7. entstand das Leiden im Anschluß an eine Verletzung oder im Anschluß an eine Infektionskrankheit?

8. hat Patient schon vor der Erkrankung, namentlich als Kind, ausschließlich oder viel ungekochte Milch getrunken?

9. lebte Patient zur Zeit der Entstehung und vor der Entstehung der Hauttuberkulose auf dem Lande oder in der Stadt?

(20000 Einwohner wurden hierbei als unterste Grenze angesehen, da kleinere Städte in hiesiger Gegend gegenüber den ländlichen Verhältnissen wesentliche Verschiedenheiten nicht aufweisen. Kitzingen 9000 Einwohner.)

Dazu kam

10. die Feststellung des objektiven Befundes beim Patienten selbst (Zeichen von sonstiger Tuberkulose: z. B. der Lungen, wie Auswurf, Husten, Nachtschweiß, phthisischer Habitus; der Drüsen, Skrofulose, Auskultation, Perkussion).

Unter ungefähr 100 behandelten Patienten mit Hauttuberkulose befanden sich:

1. 89 Patienten mit Lupus vulgaris,

2. 11 Patienten mit Tuberculosis cutis verrucosa,

3. 1 Patient mit Scrophulodermata colli isoliert (Scrophulodermata neben Lupus sind nicht besonders gerechnet).

I. Von der ersten Gruppe konnten 72 Patienten nach der angeführten Weise untersucht werden, von der zweiten Gruppe desgleichen 8, im ganzen können wir also über 80 genau untersuchte Fälle berichten.

Bei den Lupuskranken ergab sich folgendes:

Digitized by Google

14 Patienten lebten stets oder schon lange Zeit vor der Entstehung ihres Leidens in der Stadt;

58 Patienten hatten stets oder schon lange vor der Entstehung der Krankheit auf dem Lande gelebt.

Von diesen 72 Lupuskranken sind mit Vieh überhaupt nicht in Berührung gekommen:

1. von den Stadtbewohnern 11; 3 Patienten waren ab und zu noch während ihres gelegentlichen Aufenthaltes vor der Erkrankung auf dem Lande mit Stallarbeit beschäftigt;

2. von den Landbewohnern 38, somit kamen also von 72 Lupuskranken 49 überhaupt niemals mit Vieh in nähere Berührung; nur bei 23 kommt die Möglichkeit einer Ansteckung durch krankes Vieh in Frage.

Die Hauptarbeit dieser 23 Kranken war Stallarbeit, Düngerfahren, Melken und Butterkneten, vereinzelt Beihilfe beim Schlachten.

Bei ihnen weist jedoch sowohl die persönliche als auch die Familienanamnese mit großer Sicherheit auf tuberkulöse Affektionen hin, und zwar:

1. in 11 Fällen die Familienanamnese,
2. in 5 Fällen persönliche Anamnese,
3. in 4 Fällen persönliche und Familienanamnese.

Von 23 Kranken, die mit Vieh in Berührung gekommen waren, sind also bei 20 Patienten entweder beim Kranken selbst oder in seiner Umgebung tuberkulöse Erkrankungen nachzuweisen, und zwar in den meisten Fällen eine tuberkulöse Lungenerkrankung, z. B. starb in fünf Fällen der Vater an Lungentuberkulose, in drei Fällen die Mutter, in drei Fällen starben beide Eltern an Lungentuberkulose, in vier Fällen bildete für mehrere Geschwister die gleiche Krankheit die Todesursache, so daß eine reichliche Infektionsgelegenheit vorhanden war, jedenfalls reichlicher und früher als mit Rindertuberkulose.

Bei 49 Kranken, die nicht mit Vieh in Berührung gekommen waren, waren tuberkulöse Erkrankungen nachzuweisen:

1. beim Kranken selbst 6mal,
2. in der Familie und Umgebung 22mal,
3. beim Kranken und in der Familie 8mal.

Insgesamt 36 von 49 Fällen. Eine Reihe von Fällen ergab eine zweifelhafte Anamnese deshalb, weil z. B. Rippenfellentzündung ohne positiven Lungenbefund unberücksichtigt blieb.

Die tuberkulösen Erkrankungen verteilen sich wie folgt:

in 10 Fällen starb der Vater an Lungentuberkulose,

„ 8 „ „ die Mutter „ „

„ 1 Fall starb die Mutter an langdauernder Lungen- und Rippenfellentzündung,

Digitized by Google

in 3 Fällen starb der Großvater an Lungentuberkulose,
in 9 Fällen starben Geschwister an Lungentuberkulose,
in 3 Fällen war der eine Eheteil an Lungentuberkulose erkrankt.
In einem Fall starb eine Schwester an Lupus.
3 Patienten starben an Lungentuberkulose.

Bei 14 Patienten zeigten sich positive Zeichen für tuberkulöse Erkrankung der Lunge, skrofulöses Aussehen im allgemeinen, in manchen Fällen phthisischer Habitus, eingesunkene Supraklavikulargruben, Rasselgeräusche über den Lungen. Ein beträchtlicher Teil der Patienten erklärte, schon vor der Hauterkrankung oft geschwollene Halsdrüsen, die mitunter aufbrachen, gehabt zu haben.

In 10 Fällen ließ sich aus den Angaben der Patienten mit großer Wahrscheinlichkeit eine Infektionsquelle ermitteln.

1. 24 Jahre altes Dienstmädchen. Entstehung der Krankheit vor sieben Jahren. Zu dieser Zeit weilte Patientin bei ihrem Schwager, der lungenleidend war und sehr starken Auswurf hatte. Sie mußte ihn pflegen und benutzte öfters die Schürze, die sie beim Reinigen des Bodens trug, zum Wischen der Nase. Nach einer zur gleichen Zeit ausgeführten Nasenpolypenoperation bildete sich ein Knötchen am rechten Nasenflügel, das nicht abheilte und später auf beide Wangen und das Gesicht übergriff.

2. Patientin mit 48 Jahren gestorben. Ihr Mann war an Kehlkopftuberkulose gestorben. Patientin pflegte ihren Mann. In diese Zeit fällt die Entstehung ihres Leidens. Es trat zuerst am linken Zeigefinger auf, griff dann auf den linken Vorderarm und Oberarm und die rechte Hand über.

3. 72 Jahre alte Patientin. Leiden besteht seit dem zehnten Lebensjahre, zuerst an der Nase, dann sich auf das Gesicht erstreckend. Sie mußte als Kind ihren lungenleidenden Vater acht Jahre lang pflegen; Entstehung der Krankheit fällt in diese Zeit.

4. Patientin 45 Jahre alt. Leiden besteht seit drei Jahren; entstand zuerst an der Stirne, griff nach einer Verletzung (Rißwunde) auch auf eine Hand über. Ihre Schwester sowohl als auch ihr Vater starben an Lungenleiden; diese pflegte sie; in dieser Zeit kam ihr Leiden zum Vorschein.

5. 44 Jahre alte verheiratete Frau, deren Hautkrankheit seit 20 Jahren an Ohr und linker Wange besteht. Der Mann der Patientin starb an Lungentuberkulose; in die Zeit der Erkrankung ihres Mannes fällt der Beginn ihrer Krankheit.

6. 59 Jahre alte ledige Patientin. Leiden besteht seit neun Jahren, beginnend an der Nase, dann auf die Lippen sich ausdehnend. Mutter starb an Lungentuberkulose, Vater an Lungenentzündung, eine Schwester an Lupus vulgaris. War immer mit ihren Familienangehörigen zusammen.

7. 10 Jahre alter Tagelöhnerssohn. Leiden besteht seit dem siebenten Lebensjahre an der linken Hand, breitete sich auch auf den linken Vorderarm aus. Seine Großmutter, mit der er viel zusammen lebte, hatte die nämliche Hautkrankheit an der Hand.

8. 14 Jahre alter Schüler. Leiden besteht seit dem dritten Lebensjahre zuerst am rechten Arm, dann übergreifend auf das Gesicht, den Unterschenkel und auf verschiedene Stellen des Körpers. Zur Zeit der Entstehung der Krankheit hatten die Eltern des Patienten einen lungenleidenden Mietsherrn, der starken Husten und Auswurf hatte. Patient hielt sich oft lange in dessen Zimmer auf.

Digitized by Google

9. Patient 12 Jahre alt. Leiden besteht seit dem ersten Lebensjahre an der Wange. Ein Bruder soll das gleiche Hautleiden am Fuß gehabt haben. Patient spielte viel mit ihm.

10. Patient 10 Jahre alt, dessen Leiden mit vier Jahren an der Hand begann und sich auf die Stirn verbreitete. Spielte nach Aussage des Vaters viel mit einem lungenleidenden Kinde; dasselbe verletzte Patienten an der Hand, wonach das Leiden daselbst entstanden sein soll.

Während bei den bisher berichteten Fällen wohl in der Regel kleine, nicht beachtete Verletzungen die Eintrittspforte gewesen sind, gibt eine Reihe von Lupuskranken ausdrücklich an, daß im Anschluß an operative Eingriffe oder Verletzungen sich das Hautleiden zuerst meist in Form der typischen Lupusknötchen entwickelt habe, und zwar:

in 5 Fällen im Anschluß an eine operative Nasenpolypenentfernung,

in 3 Fällen im Anschluß an Halsdrüsenentfernung,

in einem Fall nach einer Zahnfisteloperation.

In einer Reihe von Fällen nach den verschiedensten Verletzungen, so in vier Fällen nach Fall auf das Gesicht, in zwei Fällen nach Rißwunden und Abschürfungen, einmal nach Schlag auf die Nase und einmal nach vorausgegangenem Armbruch. Mithin 17 Fälle.

An dieser Stelle sei an einen Fall erinnert, den Grossmann (21.) ausführlich beschrieben hat.

15jähriger Junge ohne tuberkulöse Anamnese. Vor einem Jahre Durchbohrung des Ohrläppchens mit einer gewöhnlichen Nadel zum Durchziehen eines Ringes. Einige Wochen später Rötung und Schwellung, nach einem Jahr zeigte das ganze Ohr das typische Bild des Lupus vulgaris. Nachforschungen ergaben, daß die Frau, welche die Perforation ausgeführt hatte, den Ring mit ihrem Speichel befeuchtet hatte, um seine Einführung zu erleichtern und zwei Monate darauf an Lungentuberkulose gestorben war. Einen ähnlichen Fall, allerdings bei einer erwachsenen Frau, haben wir selbst beobachtet.

Unter den zuletzt angeführten Fällen sind einige, bei denen eine äußere Infektion durchaus nicht sicher ist, sondern bei denen das Trauma vielleicht nur die Lokalisation der Hauterkrankung bestimmt hat. Eine sichere hämatogene Entstehung müssen wir wohl in den Fällen (4) annehmen, in denen die Kranken angaben, das Leiden sei im Anschluß an Infektionskrankheiten entstanden, so je einmal nach Diphtherie und „Rotlauf", zweimal nach Masern; hierbei blieb bei einem Falle jedoch der Prozeß auf Nase und Wange beschränkt.

In vier Fällen ist eine Entstehung durch Infektion mit dem Typus bovinus wohl möglich.

11. 24jähriges Mädchen, deren Hautleiden seit dem siebenten Lebensjahre besteht. Als die Krankheit entstand hielt sie sich ausschließlich auf dem Lande auf, woselbst sie mit Düngerfahren, Viehschlachten, Häuteabziehen, weniger mit Melken beschäftigt war. Auch hatte sie als Kind einen Ausschlag im Gesicht, der mit Milch und Sahne behandelt wurde, ebenso trank sie sehr viel rohe Milch. Tuberkulöse Veränderungen nicht nachweisbar. Vater starb an Lungenschwindsucht, Mutter an Lungenentzündung.

Digitized by Google

Dieser Fall kann natürlich auch anders gedeutet werden.

12. 44 Jahre alte Bauersfrau. Leiden besteht seit zwei Jahren an der Schleimhaut des Mundes. Sie hat viel im Stalle zu tun gehabt und öfters eine Kuh gemolken, die „Knötchen" am Euter hatte. Familienanamnese und eigene Anamnese sprechen nicht für Tuberkulose.

13. 48 Jahre alte Taglöhnerin, immer auf dem Lande, beschäftigt mit Melken, Butterkneten, Viehfüttern und Stallreinigung. Sie ist vor und nach der Erkrankung mit kranken Kühen in Berührung gekommen. Vor einem halben Jahre hat sie sich beim Kohlenabladen auf der Eisenbahn eine Verletzung zugezogen an der rechten Wange; Wunde heilte nicht mehr und vergrößerte sich zusehends. Die verletzte Stelle behandelte sie mit Sahne, worauf das jetzige Leiden entstanden sein soll.

14. 30jähriger Hausbursche, früher in einer Metzgerei beschäftigt, stets auf dem Lande lebend, wo er viel mit Vieh beschäftigt war (Schlachten, Hautabziehen). Zur Zeit seiner Tätigkeit in einer Metzgerei entstand das Hautleiden am Halse und an der Hand. Ob er mit kranken Tieren in Berührung gekommen ist, weiß er nicht bestimmt anzugeben. Er hat viel ungekochte Milch getrunken. Familienanamnese sowie Kranker selbst ohne Befund für Tuberkulose.

Gerade bei diesem Falle hat die Prüfung im Institut für Infektionskrankheiten ergeben, daß es sich um eine Infektion mit dem Typus humanus handelt! Es geht hieraus hervor, daß selbst eine Anamnese, die so sehr für die Anschauung von ENGELBRETH (bovine Herkunft des Lupus) spricht, wenig beweisend ist. Das gleiche Ergebnis würden vielleicht auch viele andere Fälle zeigen, deren Anamnese auf eine Infektion durch Rindertuberkulose hinweist.

Von 72 Fällen bieten demnach nur drei Fälle eine Möglichkeit für bovine Infektion; in einem Falle weist die Familienanamnese dabei sogar deutlich auf Lungentuberkulose hin. Der 14. Fall (s. o.) erwies sich als Infektion mit dem Typus humanus.

Von 22 Patienten wurde festgestellt, daß sie viel ungekochte Milch getrunken hatten. Hiervon waren mehr als die Hälfte aber bereits in mittleren und höheren Lebensaltern, bei denen die Hauttuberkulose auch erst vor nicht allzu langer Zeit aufgetreten war, und die angaben, nur in der Jugend viel ungekochte Milch getrunken zu haben. Von diesen Patienten wurde schon über die Entstehungsmöglichkeiten für ihre Krankheit berichtet (s. o. Seite 138—140).

Dem Geschlecht nach waren von den untersuchten Lupusfällen 17 männlichen und 55 weiblichen Geschlechtes.

Unter den männlichen Patienten waren die verschiedensten Berufszweige vertreten: an erster Stelle Landwirt (zehnmal) und Tagelöhner, nur zweimal der Metzgerberuf.

Unter den weiblichen Patienten waren von Berufsarten vertreten: Dienstmädchen, Tagelöhnerin, $^1/_3$ ohne besondere Berufstätigkeit.

Kinder waren unter den männlichen Patienten drei, unter den weiblichen zwölf.

Digitized by Google

Die Wohnungsverhältnisse der Lupuskranken konnten im Durchschnitt als mittelmäßig bezeichnet werden, in etwa zwölf Fällen als ungenügend, indem sich die Wohnstätten als feucht und ausgesprochen sonnenlos erwiesen. Die Lebensverhältnisse passen sich ungefähr den Wohnungsverhältnissen an.

II. Bei den an „Tuberculosis cutis verrucosa" Erkrankten ergab sich:

Ein Patient lebte stets in der Stadt, die übrigen hielten sich zur Zeit der Entstehung ihrer Krankheit, sowie schon lange zuvor, auf dem Lande auf.

Drei Patienten kamen mit Vieh niemals in Berührung. Die anderen beschäftigten sich mit Stallarbeit, Melken und Viehschlachten.

Von drei Kranken konnten tuberkulöse Lungenaffektionen ermittelt werden, und zwar in zwei Fällen alle Zeichen von Lungenschwindsucht.

Die Familienanamnese weist in fünf Fällen auf tuberkulöse Affektionen in der Umgebung des Patienten hin, und zwar starb in einem Falle der Vater an Lungentuberkulose, in einem Falle starben Bruder und Schwester an der gleichen Ursache, in einem Falle starb der Mann an Lungentuberkulose und Rippenfellentzündung. Eine bovine Infektionsquelle konnte in keinem Falle ermittelt werden.

In einem Falle entstand die Krankheit im Anschluß an eine Verletzung mit einem Kupferdraht am rechten Zeigefinger, und zwar bei einem 35jährigen Sattler, der weder Viehwirtschaft hat noch sonst mit Vieh in Berührung gekommen ist.

Bei den übrigen sieben Patienten ließ sich eine Ursache für die Entstehung ihres Leidens nicht finden, höchstens die Möglichkeit einer Verletzung mit folgender Infektion bei der Pflege kranker Angehöriger.

Unter den acht Fällen findet sich nur einmal der Metzgerberuf, dessen Krankengeschichte lautet:

68 Jahre alter Hausmetzger. Im Feldzug 1870 machte er Typhus durch, später öfters Gliederrheumatismus. Vor zwei Jahren wegen Lungenleidens im Spital.

In jüngeren Jahren beschäftigte er sich mit Viehfüttern, Schlachten, Abziehen von Häuten und Düngerfahren. Seit 25 Jahren jedoch hat er kein Rindvieh mehr geschlachtet, keine Häute abgezogen, schlachtet nur Schweine. Er stellt in Abrede, mit kranken Tieren oder Menschen in Berührung gekommen zu sein oder Verletzungen der Haut mit Milch, Sahne oder Dünger behandelt zu haben. Trinkt nie ungekochte Milch. Seit zwei Jahren hat er sein Metzgergeschäft aufgegeben, hält sich auch kein Vieh mehr. Der Vater starb an Lungentuberkulose, die Mutter an unbekannter Krankheit. Er selbst ist, wie schon erwähnt, lungenleidend, hat viel Husten, Auswurf, zeitweise heftigen Nachtschweiß. Seine Krankheit kam vor einem halben Jahre am linken Vorderarm zum Vorschein, ohne daß eine nachweisbare Verletzung vorausging. Eine hämatogen entstandene Metastase möchten wir trotzdem weniger annehmen als eine Autoinokulation.

Bei keinem der Patienten mit Tuberculosis cutis verrucosa war eine Behandlung des Leidens mit Milch, Sahne oder sonst tierischen Produkten zu ermitteln.

Digitized by Google

Sechs Patienten haben gar keine ungekochte Milch getrunken, ein sieben Jahre altes Kind, dessen Leiden mit vier Jahren am rechten Zeigefinger entstand, hat viel ungekochte Milch getrunken; sein Vater ist lungenleidend.

Bei einer Patientin ist eine Infektion mit dem humanen Typus des Tuberkelbazillus sehr wahrscheinlich. Es handelt sich um eine 50 Jahre alte Taglöhnerswitwe, die öfters Kühe gemolken hat, jedoch nie mit tuberkulösen Tieren wissentlich in Berührung kam. Sie hat nie ungekochte Milch getrunken und war in der Jugend und später an Gesichtsrose und Masern nie ernstlich krank gewesen. Lunge ohne Befund; wenig Husten und Auswurf, zeitweilig Nachtschweiß, keine geschwollenen Halsdrüsen. Ihr Mann war lungenschwindsüchtig und starb an Rippenfellentzündung. Mehrere Verwandte ihres Mannes waren gleichfalls lungenleidend, das Leiden entstand vor fünf Jahren, noch zu Lebzeiten ihres Mannes, den sie ausschließlich pflegte, an beiden Händen, später traten auch lupöse Veränderungen im Gesicht auf. Eine vorausgehende Verletzung konnte nicht ermittelt werden. Behandlung stets ärztlich.

In sechs Fällen entstand diese Form der Hauttuberkulose erst in mittleren und höheren Lebensaltern. Unter acht Fällen befindet sich ein Kind, bei dem die Krankheit mit vier Jahren begann, und eine 21jährige Schriftsetzersfrau, bei der das Leiden mit 19 Jahren ihren Anfang nahm. Unter diesen acht Fällen von Tuberculosis cutis verrucosa konnte kein einziger Fall ermittelt werden, für dessen Entstehung eine bovine Infektion wahrscheinlich wäre. Das stimmt auch mit den neueren Erfahrungen überein, nach denen die Tuberculosis cutis verrucosa sowohl durch Autoinfektion bzw. durch menschliche Tuberkelbazillen, wie in unseren Fällen, entsteht, während die Entstehung durch den Typus bovinus zwar vorkommt und erwiesen ist, aber für die Mehrzahl der Fälle mindestens unwahrscheinlich ist.

Nach diesen Resultaten dürfte es wahrscheinlich sein, daß insbesondere bei erwachsenen Personen als Erreger des Lupus vulgaris in den weitaus meisten Fällen der Typus humanus in Betracht kommt und dem Typus bovinus als Infektionsquelle für die Hauttuberkulose eine weit untergeordnetere Rolle zuzuweisen ist, als gewöhnlich angenommen wird.

Wir haben also im Gegensatz zu **Engelbreth** gesehen, daß sorgfältige klinische und anamnestische Nachforschungen in einem sehr hohen Prozentsatz der Fälle mit größter Wahrscheinlichkeit den Lupus auf eine Infektion durch **menschliche Tuberkulose,** und zwar vorwiegend durch **Lungentuberkulose** zurückführen lassen. Nicht nur läßt sich bei vielen Fällen eine Lungentuberkulose in der Umgebung als Infektionsquelle nachweisen, nicht selten ist sogar schon vor Auftreten des Lupus eine Erkrankung der Lungen vorhanden gewesen. Dies gilt auch für die Fälle, in denen sich der Lupus im Anschluß an operative Eingriffe entwickelt hatte. Die Möglichkeit einer Entstehung des Lupus bzw. der Tuberculosis cutis verrucosa durch

Digitized by Google

den Typus bovinus konnte nur in sehr wenigen Fällen wahrscheinlich gemacht werden. Es geht auch daraus hervor, daß die Verwertung einer Berufsstatistik (Engelbreth) zu falschen Schlüssen führen muß; denn auch wir haben zwar gesehen, daß die Landbewohner eine größere Zahl von Lupuskranken stellen, daß aber auf dem Lande eine ganze Reihe von Engelbreth nicht berücksichtigter Bedingungen dabei mitspielen und daß vor allen Dingen die Verbreitung der Rindertuberkulose nicht Hand in Hand geht mit der Verbreitung des Lupus. Die Kurven verlaufen im Gegenteil durchaus verschieden.

Unsere Ergebnisse stehen auch mit den experimentellen und kulturellen Studien, denen ähnliches Material wie dieser Arbeit zugrunde liegt und die natürlich einen weit größeren Wert besitzen, im Einklang. Deshalb dürften unsere Resultate nicht ganz wertlos sein und jedenfalls auch für die Prophylaxe des Lupus gewisse Fingerzeige geben.

Literatur.

1. Möllers, B., Z. Frage der Tuberkuloseinfektion des Menschen dch. Perlsuchtbazillen. Dtsch. med. Wochenschr., 1910, S. 204. — 2. Möllers, B, Üb. den Typus der Tuberkelbazillen im Auswurf der Phthisiker. Dtsch. med. Wochenschr., 1911, S. 341 bis 343. — 3. Rothe, H., Untersuch. üb. tuberk. Infektion im Kindesalter. Dtsch. med. Wochenschr., 1911, S. 343—345. — 4. Kitasato, Die Tuberkulose in Japan. Zeitschr. f. Hyg., Bd. 63, H. 3. Ref. Int. Zentralbl. f. d. ges. Tuberkuloseforsch., 1910, S. 186. — 5. Park, H., Bovine Tuberkulosis. Arch. of Pediatrics, Juni 1910. Ref. Int. Zentralbl. f. d. ges. Tuberkuloseforsch., 1911, S. 81. — 6. Kraus, R., Üb. experim. Hauttuberkulose bei Affen. Wien. klin. Wochenschr., 1907, S. 795 u. Centralbl. f. Bakteriol., 1908, Bd. 47, S. 298. — 7. Lewandowsky, F., Experimentelle Studien üb. Hauttuberkulose. Arch. f. Derm., Bd. 98, S. 335. — 8. Lewandowsky, F., Die Pathogenese der Hauttuberkulose. Biol. Abt. d. ärztl. Vereins in Hamburg. 2. V. 11. ref. Münch. med. Wochenschr., 1911, S. 1642. — 9. Möllers, B., Bericht der engl. Tuberkulosekommission üb. Beziehgen zw. menschl. u. tier. Tuberkulose. Berl. klin. Wochenschr., 1911, S. 2117—2121. — 10. Rothe u. Bierotte, Untersuch. üb. den Typus der Tuberkelbazillen bei Lupus vulg. Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 35. — 11. Engelbreth, C., Ist Lupus Rindertuberkulose? Monatsh. f. prakt. Derm., 1910, Bd. 50, S. 247. — 12. Boulet, La tuberculose bovine. Revue intern. de la Tuberc., Sept. 1909, Nr. 3, ref. Intern. Zentralbl. f. d. ges. Tuberkuloseforsch., 1910, S. 522. — 13. Forchhammer, H., Üb. Lungentuberkulose als Todesursache bei Lupus vulg. Arch. f. Derm., 1908, Bd. 92, S. 3. — 14. Scholtz u. Döbel, Bericht üb. das Arbeitsjahr 1906—1907. Arch. f. Derm., 1908, Bd. 92, S. 367. — 15. Raw, N., Ist der Rindertuberkelbazillus die Ursache von Lupus? Tuberculosis, 1909, Bd. 8, Nr. 7. — 16. Hamel, Die Ausbreitung des Lupus im deutschen Reich. Medizinalstatist. Mitteil. aus d. Kais. Gesundheitsamte Berlin, 1908. — 17. Neisser, A., Üb. die Bedeut. der Lupuskrankheit u. die Notwendigkeit ihrer Bekämpf., Leipzig, 1908. — 18. Bericht über die 8. Versamml. der Tukerkuloseärzte, Dresden, 12. u. 13. Juni 1911. Deutsch. Centralkomité z. Bekämpf. d. Tuberkulose. — 19. Bollinger, O., Üb. Schwindsuchtsterblichkeit in versch. Städten Deutschlands nebst Bemerk. üb. Häufigkeit der Rindertuberkulose. Münch. med. Wochenschr., 1895, S. 31—33. — 20. Klimmer, Die Rindertuberkulose u. ihre Bekämpfung. Vortrag i. d. ökonom. Gesellsch. i. Königr. Sachsen,

Digitized by Google

Dresden, 12. Nov. 1909. — 21. Grossmann, Observations interessantes de la clinique des maladies cutan. et syphil. de l'École Imp. civile de med. de Constantinople, ref. Arch. f. Derm., 1908, Bd. 93, S. 311. — 22. Fränkel, Medizinische Reiseerinnerungen aus Japan u. China. M. Med. Wochenschr., 1909, S. 400—404.

Ein Fall von generalisierter, kongenitaler Hyperkeratose.

Von

Dr. J. Brault,

Professor für Tropenkrankheiten, Syphilis und Hautkrankheiten an der medizinischen Fakultät in Algier.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Richard Frühwald, Leipzig.)

Neben der Ichthyosis foetalis, dem angeborenen, malignen, diffusen Keratom, das unvereinbar mit der Lebensfähigkeit ist, begegnet man auch der kongenitalen, generalisierten Hyperkeratose. Diese bedingt zwar nicht den Tod des Kindes, bildet jedoch eine bedeutende, schwer zu behandelnde Hautveränderung. Kürzlich konnte ich in meiner Klinik einen typischen Fall dieser Art beobachten.

F. B., 12 Jahre alt, aufgenommen 7. Februar 1912, in Konstantine geboren, ist nie aus Algier herausgekommen. Er wurde schon von verschiedenen Seiten ohne sichtbaren Erfolg behandelt. In seiner Familie findet sich keine Affektion, wie er sie aufweist; hervorzuheben wäre immerhin, daß seine Eltern Geschwisterkinder sind. Ein 19jähriger Bruder ist völlig normal. Der Kranke selbst hat außer seinem Hautleiden, das ihm keine besonderen Beschwerden bereitet, keine anderen Krankheiten gehabt. Er ist mäßig entwickelt, die Schilddrüse normal, der Intellekt eher gut zu nennen, der Urin ohne Eiweiß und Zucker. Die Mutter sagte aus, daß die Hautveränderungen im zweiten Lebensmonate begonnen hätten, d. h. sie hat sie nicht früher beobachtet; sonst konnte sie keine genauen Angaben machen. Als sich der Knabe entkleidet hatte, bot sich uns das vollständige Bild jener Hautanomalie, die man kongenitale, generalisierte Hyperkeratose nenut. Die Haut ist im allgemeinen runzelig, mit grauen, dicken, unebenen, stellenweise geschichteten Schuppen bedeckt. Keine Stelle des Körpers ist frei, und der Knabe sieht wie eine Echse, beinahe wie ein Chamäleon aus (s. Abbildung). Die Gelenkbeugen sind nicht frei, es sind im Gegenteile die Schuppen dort doppelt so dick und bilden förmliche Hornplatten von tiefgrauer, fast schwarzer Farbe. Überhaupt sind die Beugeseiten der Extremitäten im allgemeinen stärker befallen als die Streckseiten. Am Genitale, an den Handtellern und Fußsohlen sind die Veränderungen vielleicht weniger ausgesprochen als man es sonst in ähnlichen Fällen findet.

Im Gesichte sind die Schuppen auf der Stirne, über den Augenbrauen, an der Nasenspitze und um die Lippen herum besonders dick und erhaben. Auch die Ohrläppchen sind mit dicken Hornlagen bedeckt. Das rötliche, mit stellenweise rissigen Schuppen bedeckte Gesicht bietet den typischen Anblick einer „Kollodiummaske". Es besteht beiderseitiges starkes Ektropium. Der Kranke leidet an Haarausfall, welcher der Lokalisation nach dem ähnlich ist, den man bei älterem Favus findet. Man sieht auch verstreut dicke Krusten, die Haare sind trocken, lanugoartig und erinnern ebenfalls an

Digitized by Google

Favus. Es ist aber wohl kaum nötig, hinzuzufügen, daß hier von Favus keine Rede war und daß auch der Pilz nicht gefunden wurde. Außer den Schuppen fand sich auf dem behaarten Kopfe auch eine Anzahl von Pusteln, die hartnäckig rezidivierten.

Der Junge wurde der üblichen Therapie unterworfen; Bäder, medikamentöse Seifen, mechanische Entfernung der Schuppen, Kataplasmen, feuchte Umschläge, Einreibungen mit Fetten und keratolytischen Salben besserten den Zustand des Patienten beträchtlich. Doch muß er sein ganzes Leben lang in Behandlung bleiben, da es sich ja eigentlich nicht um eine Krankheit, sondern um eine Mißbildung handelt. Eine Zeitlang hatte der Junge auch Thyreoidin genommen, doch mußte diese Therapie abgebrochen werden, da das Mittel schlecht vertragen wurde und überdies auch ohne jeglichen Nutzen schien. Eine histologische Untersuchung konnte nicht vorgenommen werden, da die Mutter des Patienten die Probeexzision nicht gestattete.

Angesichts dieses typischen Falles erscheint eine differentielle Diagnose überflüssig; ich will nur darauf hinweisen, daß, abgesehen von den Angaben, die Topographie der Affektion jeden Gedanken an eine banale Ichthyosis verscheuchte. Denn ich habe in der Beschreibung hervorgehoben und man kann sich durch einen Blick auf die Abbildung davon überzeugen, daß die Veränderungen sich hauptsächlich an den Gelenkbeugen lokalisierten, wo die Schuppen sehr dick, geschichtet, höckerig und verrukös waren. Auch das Gesicht war stark befallen, ebenso die Achselhöhlen, die Afterkerbe und die Genitalien. Kurze Zeit vorher sah ich in der Klinik einen jungen Mann, der eine mildere Form derselben Affektion aufwies; auch bei ihm waren die Veränderungen an den Gelenkfalten stärker ausgesprochen.

Fachzeitschriften.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section.
Sitzung am 20. Juni 1912.

Fall von zirkumskripter Lichenisierung (Névrodermite), von S. E. Dore. Ein im allgemeinen charakteristischer Fall, doch konnten die 3 Brocqschen Zonen nicht deutlich differenziert werden.

Akquirierte Syphilis bei einem 10jährigen Mädchen, von S. E. Dore.

Fall von multiplen Narben am Stamme und an den Extremitäten und partielle Zerstörung der Ohrmuscheln, von W. Evans. Bei dem 9jährigen Knaben rührten die Narben von Ulzerationen her, die im zweiten Lebensjahr eingesetzt hatten und entweder als Dermatitis gangraenosa oder auch als Tuberkulide zu deuten waren.

Fall von (?) Jodkalium-Ausschlag, von A. M. H. Gray.

Fall von (?) Erythema multiforme, von E. G. G. Little. Der schon früher demonstrierte Fall hat sich seitdem wenig verändert und erscheint noch immer nicht ganz aufgeklärt.

Fall von Xanthoma tuberosum multiplex mit eigentümlichen osteo-arthritischen Veränderungen an den Gelenken, von J. M. H. MacLeod. Es wird über die Ergebnisse der durch Biopsie gewonnenen histologischen Untersuchung mehrerer der Hautläsionen bei diesem vorher schon vorgestellten Falle berichtet.

Digitized by Google

Fall von Alopecia areata et totalis; Heilung durch Gravidität, Rezidiv beim Wiedereinsetzen der Menses, von G. N. Meachen und F. L. Provis.

Fall von spät entstandener Ichthyosis, von M. Morris und S. E. Dore. Das 14jährige Mädchen hatte bei der Geburt eine glatte Haut; mit 3—4 Monaten zeigte sie aber schon eine gewisse Rauhigkeit derselben, was auch immer fortbestanden hat, während die wesentlicheren Läsionen sich erst vor etwa 3 Jahren eingestellt haben.

Fall von (?) Urticaria perstans annulata et gyrata, von J. J. Pringle.

Zwei Fälle von Pityriasis rubra pilaris, von J. H. Sequeira. Es handelte sich um zwei typische Fälle, eine 35jährige Wäscherin und ein 6jähriges Mädchen betreffend.

Epitheliomatosis solaris (Spätstadium von Xeroderma pigmentosum) bei einem 33jährigen Manne, von J. H. Sequeira. Patient ist ein landwirtschaftlicher Arbeiter; trotz der typisch ausgebildeten Affektion erfreut er sich sonst einer guten Gesundheit.

Universelle Sarkomatosis bei einem 62jährigen Manne, von A. Whitfield.

Fall von organischem Nävus am Rücken, an der Brust und an den Armen im Anfangsstadium bei einem Knaben von 8 Monaten, von A. Whitfield.

Prurigo, Ekzema pruriginosum und Lichenisierung, von M. Morris. Mit diesem (bereits nach der Publikation im Brit. med. Journ. referierten) Vortrag leitete Redner die Diskussion über das Thema ein und stellte hauptsächlich folgende Fragen zur Besprechung auf: Ist es nicht geboten, statt von Hebrascher Prurigo nur von Prurigo ferox und Prurigo mitis zu sprechen? Soll man die Bezeichnung „Prurigo" beschränken auf Fälle, welche die von Hebra beschriebenen Papeln mit späterer Lichenisierung aufweisen? Gibt es Beweise dafür, daß Prurigo in der Form von Urtikaria anfängt? Ist Prurigo heilbar? Warum folgt Lichenisierung nicht bei allen Affektionen, welche zu anhaltendem Kratzen Anlaß geben? Beruht die Lichenisierung auf hereditärer Anlage?

C. Fox macht Einwendungen gegen die Bezeichnung „Prurigo simplex", welche von anderer Seite schon anderweitig angewandt worden ist.

J. Galloway hat bei der Hodgkinschen Krankheit Vorgänge beobachtet, welche mit Prurigo auffallende Analogien darbieten.

L. Roberts erinnert an die alte Hebrasche Beobachtung, daß die Läsionen am Körper bei Prurigo an Intensität zunehmen, je weiter der betreffende Teil von dem Kopfscheitel entfernt ist.

Whitfield betont das frühe Auftreten von starker Pigmentierung bei Prurigo und berichtet über einen Patienten mit pruriginösem Ekzem, bei welchem wenigstens zeitweilig ein vortreffliches Resultat erzielt wurde, indem die defekte Gerinnungsfähigkeit des Blutes und der Mangel an Phosphorsäure und Phosphaten bekämpft wurden.

J. M. H. MacLeod bemerkt, daß er echte, schwere Fälle von Prurigo nur in Wien zu sehen bekommen habe.

Bauch konstatiert, daß bei seinen Fällen in der Regel das betreffende Kind eine Vorgeschichte von Urticaria papulosa aufgewiesen habe.

Sitzung vom 18. Juli 1912.

Fall von Ichthyosis, von M. Morris. Das in der vorigen Sitzung vorgestellte 14jährige Mädchen, bei dem einige der Kollegen die Diagnose Nävus gestellt hatten, zeigt eine auffallende Besserung nach der täglichen Einreibung einer Salbe von Acid. salicylic. und Sulphur. praecipitat. (āā 1 : 30).

Fall von Naevus unius lateralis der Haut und Schleimhaut, von J. H. Sequeira. Der Fall ein 8jähriges Mädchen betreffend, wird hauptsächlich wegen der

Digitized by Google

warzenartigen Läsionen an der (linken) Hälfte des weichen Gaumens vorgestellt. Redner betont dabei seine Auffassung, daß Ichthyosis histrix stets als eine Nävusform anzusehen ist, die mit Ichthyosis nicht auf gleiche Stufe zu stellen ist.

Fall zum Diagnostizieren, von A. Whitfield. Es handelt sich bei dem 51jährigen Manne wohl um Mykosis fungoides.

Fall von Acne skrofulosorum (papulöses nekrotisierendes Tuberkulid) mit episkleralem Tuberkel, von H. G. Adamson.

Fall zum Diagnostizieren, von A. M. H. Gray. Bei dem 32jährigen, angeblich seit dem dritten Lebensmonate erkrankten aber konstitutionell gesunden Manne hat G. Prurigo diagnostiziert, während mehrere Redner sich für die Diagnose Dermatitis herpetiformis aussprechen.

Keloide an den Ohren als Folge des Durchstechens für Ohrringe, von J. M. H. MacLeod.

Zwei Fälle von Sommerausschlag, von H. Davis.

Photographische Abbildung eines Falles von Mykosis fungoides d'emblée, von G. Pernet. Philippi-Bad Salzschlirf.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 16, Nr. 11.

Pathologie der Haut des Augenlids und nasofaziale Geschwülste, von J. E. R. McDonagh-London.

Kalkablagerungen und Sklerodaktylie bei Raynauds Disease, von Haldin Davis-London. Fall einer 33jährigen Frau; die Kalkablagerungen in den Fingern waren im Röntgenbilde sehr deutlich sichtbar. Ähnliche Fälle wurden in England von Parkes Pdeber und G. Norman Meachen veröffentlicht.

Die anatomische Diagnose der Lepra, von Darnaso Rivas-Philadelphia. Histologische Untersuchung der Lepraknoten, des Nasensekretes und des Blutes Lepröser auf Anwesenheit von Leprabazillen.

Dislozierte und Wanderniere beim Weibe, von William Cuthbertson-Chikago. Symptomatologie, Diagnose und Therapie.

Prostatahypertrophie, von L. Davis Frescoln-Philadelphia.

Eunuchridismus, von B. Onuf-Amityville. Fortsetzung aus Nr. 10. Eine Reihe von Fällen illustriert den Infantilismus früh Kastrierter. Die interessante Arbeit ist ohne Wiedergabe der Abbildungen schwer zu referieren und daher im Original nachzulesen.

Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit, von Melvin S. Rosenthal-Baltimore. Fall eines Negers.

Syphilis der Nase, von Rufus B. Scarlett-Philadelphia.

Band 16, Nr. 12.

1000 Fälle von totaler Enukleation der Prostata zur Radikalheilung der Hypertrophie, von P. J. Freyer-London. Statistik.

Die Behandlung der Syphilis mittels Salvarsan, von J. A. Hofheimer-New York. Empfehlung der intravenösen Injektionen.

Die Albuminurie, von Frank R. Starkey-Philadelphia.

Klinischer Wert der Wassermannschen Reaktion, von Adolph Gehrmann-Chikago. Literaturübersicht.

Chirurgie der Harnwege in alten Zeiten, von Clarence Martin-St. Louis. Historische Studie mit Wiedergabe vieler Abbildungen von Instrumenten, Lagerung der Patienten beim Steinschnitt usw. Schourp-Danzig.

Digitized by Google

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
Band 14, Nr. 4.

Untersuchungen zur Frage nach der Entstehung von Taubstummheit durch die Syphilis, von KARL BECK-Heidelberg. 278 Zöglinge der Taubstummenanstalten in Meersburg, Heidelberg und Gerlachsheim wurden der WASSERMANNschen Blutuntersuchung unterzogen; es reagierten im ganzen 21 = 7,5% positiv.

Hygiene und Rechtsprechung, von A. BLASCHKO-Berlin. Im Laufe des Jahres sind an zwei Berliner Gerichten zwei Urteile gefällt worden, welche sich mit der Frage der öffentlichen Ankündigung und Anpreisung von Gegenständen, die sich auf das Geschlechtsleben beziehen, beschäftigen. Das erste, freisprechende Urteil bezieht sich auf die Ankündigung eines Schutzmittels in medizinischen Fachzeitschriften. Das zweite Urteil verurteilte den Angeklagten wegen Ankündigung von L-Stärkungspillen und von L-Suspensorium als Mittel zur Hebung und Erhaltung der geschlechtlichen Manneskraft und zur Beseitigung von Schwächezuständen des Mannes in geschlechtlicher Beziehung auf Grund des § 184 Ziffer 3 des St. G. B. BL. beleuchtet die Absurdität dieses Urteils, aus dem hervorgeht, daß alles, was den außerehelichen Geschlechtsverkehr zu fördern vermag, als zu unzüchtigen Zwecken bestimmt angesehen wird.

Schourp-Danzig.

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
Band 10, Nr. 6.

Vorschläge für die Verbreitung unserer Merkblätter, von SALOMON-Hirschberg. Die D. G. B. G. hat in der Verbreitung von leichtverständigen Merkblättern ein geeignetes Mittel zur sexuellen Belehrung der großen Massen der Bevölkerung erkannt. Als beste Art der Verteilung dieser Merkblätter schlägt der Verfasser vor, daß die Landesversicherungsanstalten die Versicherungsämter anweisen, die Merkblätter regelmäßig den Versicherten mit den Invalidenkarten auszuhändigen. Gleich zweckmäßig ist sein Vorschlag, durch die Rektoren der Volksschulen die Elternmerkblätter als amtliche schulärztliche Mitteilungen den Eltern zuzusenden. Schourp-Danzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über zwei Fälle hartnäckiger Urtikaria nach intravenösen Salvarsaninjektionen, von WILHELM LIER-Wien. (Wien med. Wochenschr., 1912, Nr. 46.) Die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges erwies sich in beiden Fällen durch die prompte provokatorische Wirkung, welche die Injektion sehr kleiner Mengen von Salvarsan hatte. Dagegen rief Neosalvarsan keine Quaddelbildung hervor. Schourp-Danzig.

Schwere syphilitische Manifestationen nach intravenöser Salvarsaninjektion, von BEAUMEVIEILLE und CLARET-GAP. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 44.) Ein 21jähriger Mann mit Initialsklerose am Präputium bekam am 9. Mai 0,6, am 18. Mai nochmals 0,6 und am 25. Mai nochmals 0,6 Salvarsan. Einen Monat später stellte sich eine schwere Iritis, eine Retinitis und eine disseminierte syphilitische Psoriasis ein.

A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Synkope, hervorgerufen durch Salvarsan bei einem Syphilitiker mit Stokes-Adams und bilateraler Papillenatrophie, von S. Fradking. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 127.) Es handelte sich um einen notorischen Syphilitiker mit positiver Wassermannscher Reaktion, welcher an Bradykardie infolge von Sklerose des Hisschen Stranges (40 Pulse, die weder auf natürlichem [Laufen usw.] noch auf künstlichem [Atropin] Wege vermehrt werden konnten, Venenpuls, der in der Anzahl die Arterienpulsationen übertraf, Radialpuls, der mit den Herzkontraktionen isochron war, und Blutdrucksteigerung), sowie an doppelseitiger Papillenatrophie litt. Diese Symptome waren gut kompensiert bis zu dem Moment, in welchem eine wiederholte Einführung einer größeren Flüssigkeitsmenge in die Blutbahn bei Gelegenheit von Salvarsaninjektionen das physiologische Gleichgewicht störte und einen Herzkollaps verursachte. Dieser Kollaps ist in keiner Weise durch das Salvarsan verursacht, sondern durch die eingeführte Flüssigkeitsmenge. Das Salvarsan ist und bleibt spirochätotrop und nicht organotrop. Der Kollaps war nicht tödlich. A. Gunsett-Straßburg.

Über einen Fall von Exitus infolge eines Rezidivs von Hirnlues nach zwei Salvarsaninjektionen, von F. Soprana-Verona. (Gaz. osped. e Clin., 1912, Nr. 106.) In diesem Fall konnte auf die klinische Beobachtung die nekroskopische Untersuchung und die histologische Untersuchung der pathologischen Stücke folgen.

Man fand luetische Läsionen der Meningen und der Gefäße. Die Tatsache, daß man neben jungen Alterationen (Blutungen, albuminöse Exsudation, reichliche lymphatische Infiltrationen) alte Läsionen (Endokarditis obliterans) fand, legt die Annahme nahe, daß es sich um ein Rezidiv handelte. K. Rühl-Turin.

Über Salvarsan- und Quecksilberkombination, von Saynisch. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 44.) An der Hand eines umfangreichen Materials von Syphiliserkrankungen vertritt der Verfasser, mit Bezug auf die Behandlung derselben mittels Salvarsan und Quecksilber, folgende Anschauung: Salvarsan ist in jeder Beziehung ein ausgezeichnetes Heilmittel, besonders in Verbindung mit einer Hg-Spritz- oder Schmierkur erzielt man die gründlichste und schnellste Heilwirkung = Schwinden sämtlicher Erscheinungen, Veränderung in dem Ausfall der Wassermannschen Reaktion und die Dauer der negativen Reaktion.

Weiter berichtet uns der Verfasser, daß bei 400 mit Salvarsan intravenös behandelten Luetikern nie heftige Nebenerscheinungen, wie Erbrechen, Schüttelfrost und Durchfälle aufgetreten seien. Es sei dies wohl darauf zurückzuführen, daß die 0,8%ige sterile Kochsalzlösung direkt vor dem Gebrauch durch erneutes Aufkochen nochmals sterilisiert worden sei. Geringe Temperatursteigerungen habe er in häufigen Fällen beobachtet, dagegen keine Neurorezidive. Alle Gründe, die für die Temperatursteigerungen in der Literatur erwähnt worden seien: zu starke Arsenhaltigkeit einzelner Packungen, zu hohe oder zu niedrige Temperatur der Einlaufsflüssigkeit, gesteigerter oder herabgesetzter Blutdruck, habe er an der Hand genauer Untersuchungen als nicht stichhaltig anerkennen können, schuld sei vielmehr eine mehr oder minder ausgeprägte Idiosynkrasie.

Auch die Frage, wie sich das Salvarsan im Körper verhält, streift der Verfasser in seiner Arbeit. Nach seinen Untersuchungen geht die Arsenausscheidung durch den Urin bei intravenöser Anwendung innerhalb 4—5 Tagen vor sich, im Blute dagegen konnte man bei derselben Anwendung schon nach einer Stunde Arsen nicht mehr nachweisen. Adolf Fischer-Dresden.

Erfahrungen mit dem Salvarsanpräparat Joha, von H. Lindenheim-Charlottenburg. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 46.) Der Arbeit liegen Beobachtungen bei ca. 100 Joha-Injektionen zugrunde, die sich auf mehr als 35 Patienten verteilen.

Digitized by Google

Einige wurden bis zu viermal injiziert. In allen Stadien wurde die Lues damit behandelt. Es kommt darauf an, daß das Joha-Depot tatsächlich im Musculus glutaeus medius unterhalb der Faszie angelegt wird. Die Wahl des richtigen Injektionspunktes nach Schindler muß genau befolgt werden. Es darf außerdem nicht zu flach injiziert werden, was vor allem bei fetten Leuten in Frage kommt. Der Lesserscbe Handgriff muß durch die Modifikation von Schäffer ersetzt werden. Nur einmal wurde eine Lungenembolie erlebt vor Anwendung des Schäfferschen Handgriffes. Eine wesentliche Vereinfachung bedeuten die inzwischen eingeführten Joha-Spritzenröhrchen (Dr. Kade, Oranien-Apotheke, Berlin). Der Verfasser beobachtete seine Patienten bis 12 Monate. Bei den 100 Joha-Injektionen wurden keine Nekrosen, keine Abszesse oder Fisteln, keine Peronäuslähmungen, sechs Infiltrate beobachtet. Diese Infiltrate hindern keinen Patienten auch nur eine Stunde an der Ausübung seines Berufes. In zwei Fällen wurde erst nach mehreren Tagen über Schmerzen im Ischiadikus-Gebiet geklagt. Die Patienten müssen 24 Stunden nach der Injektion sich aller körperlichen Anstrengungen enthalten. Bettruhe ist nicht nötig. Es empfiehlt sich, als Einzeldosis 1,5 ccm Joha (gleich 0,6 Salvarsan) zu geben und diese Dosis nach acht Tagen zu wiederholen. Anfänglich gab der Verfasser nur Joha, später kombinierte er mit Quecksilber. Die serologischen Ergebnisse bestimmten seine Kombinationstherapie. Eine Reihe von Fällen werden skizziert, welche dem Verfasser als typisch für die Heilwirkung des Präparates gelten. Die Einwirkung des Joha auf die primären bzw. sekundären Haut- und Schleimhautprozesse deckt sich völlig mit der Salvarsanwirkung bei intramuskulärer Injektion nach Alt bzw. intravenöser Injektion. Frappant war die Wirkung bei sämtlichen Fällen von Schleimhautlues der Rachenorgane, bei nässenden Papeln und bei Lues maligna. Das Indikationsgebiet des Joha deckt sich völlig mit dem der andern Salvarsanindikation. Bei Herzfehlern muß auch das Joha zu größter Vorsicht auffordern. Der Verfasser erlebte nicht ein Neurorezidiv.

Gerade das Joha, das oft längere Zeit lagerte, bevor es verwendet wurde, mußte an die Möglichkeit irgend welcher toxischer Nebenprodukte denken lassen. Die Augen wurden eingehend kontrolliert. Es wurde keinerlei Schädigung des Nervus opticus beobachtet. Die Urinuntersuchungen auf Ausscheidung von Arsen ergaben, daß Arsen noch ausgeschieden wurde nach 5, $5^1/_2$, $6^1/_2$ und ca. 7 Monaten. In einem Falle, in dem die Injektion ca. 9 Monate zurücklag, war die Ausscheidung durch die Nieren bereits beendet. Lindenheim faßt seine Ergebnisse zusammen dahin:

1. Joha bietet im wesentlichen alle Vorteile der Salvarsantherapie. Schnelle Beeinflussung der Haut- und Schleimhautlues, und der Lues maligna.
2. Joha läßt sich bei richtiger Technik ohne Nachteile für den Patienten geben.
3. Es ist in der ambulanten Praxis leicht verwendbar.
4. Joha ist (vorläufig) kontraindiziert bei Erkrankungen des Herzens (auch Dilatationen).

Delbanco.

Ist Neosalvarsan ein ebenso gutes Antisyphilitikum wie Salvarsan? von Rudolf Krefting-Kristiania. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 45.) Die guten Erfolge, die Verfasser mit Salvarsanbehandlung bei primärer Syphilis gehabt hat (in zwei Jahren 35 Fälle anscheinend geheilt), scheinen beim Neosalvarsan nicht so günstig zu sein. Unter fünf Fällen mit negativem Wassermann konnten dreimalige Gaben von 0,75 Neosalvarsan in zwei Fällen Positivwerden des Wassermann nicht verhindern.

Die Wirkung auf sekundäre Erscheinungen war entsprechend der des Salvarsans, während Wirkung auf Wassermannsche Reaktion im Sekundärstadium geringer erschien. Verfasser möchte daher das Neosalvarsan nicht dem Salvarsan vorgezogen wissen, jedenfalls nicht bei abortiver Syphilis.

H. Lautsch-Graudenz.

Digitized by Google

Über Neosalvarsan, von Th. v. Marschalkó. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 34.) Die Zubereitung der Lösung des Neosalvarsans ist bedeutend einfacher als die des Altsalvarsans. Verfasser warnt vor hoher Dosierung im Sinne Schreibers und Gennerichs. Er rät bei intravenöser Verwendung Einzeldosen von 0,6 bei Männern und 0,46 bei Frauen nicht zu übersteigen, bei erstmaliger Applikation aber noch vorsichtiger zu sein und etwa 0,45 bzw. 0,3 N. zu geben. Er erachtet die klinische Wirksamkeit der des Altsalvarsans gleich und berichtet zur Illustration dieser Wirkung über einen wunderbaren Erfolg durch fünfmalige Infusion von insgesamt 1,6 N. bei schwerer früh ulzeröser Lues maligna. Schon am Tage nach der ersten Infusion von 0,4 zeigte das Exanthem Heilungstendenz; die Einwirkung auf das subjektive Befinden war erstaunlich.
O. Valendiner-Leipzig.

Erfahrungen mit Neosalvarsan, von J. Odstrčil-Prag. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 46.) Der Verfasser betont als Vorzug die leichte Löslichkeit des Neosalvarsans. Die isotonischen intraglutäalen Injektionen verlaufen mit geringeren lokalen Reaktionen, ihre Resorption geht rascher vor sich und die Infiltrate bleiben dünner. Darmstörungen, Erbrechen stellen sich seltener ein und mit geringerer Intensität. Die Wirksamkeit des Neosalvarsans geht langsamer vor sich als die des Altsalvarsans. Der Neosalvarsantherapie ist stets eine Quecksilberkur anzuschließen. Schourp-Danzig.

Beitrag zur Neosalvarsantherapie, von Dr. Julius Grünberg-St. Petersburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 44.) Symptomatisch konnte Verfasser keinen Unterschied in der Wirkung des Neosalvarsans von Altsalvarsan feststellen. Augenfällig sei die Einwirkung auf tertiäre Erscheinungen gewesen. Als Nebenerscheinungen kamen besonders Arzneiexantheme, hin und wieder Schüttelfröste und andauerndes, heftiges Kopfweh in Betracht. Neurorezidive sollen nicht vorgekommen sein. Neosalvarsan vollständig zu verbannen, sei nicht berechtigt, doch solle man es bei Abortivkuren nicht anwenden, ebensowenig bei rezenten Sekundärfällen. Die Art der Anwendung geschehe nur in kleinen Dosen in 10—14tägigen Abständen wegen der Gefahr der Kumulation und Toxizität. Adolf Fischer-Dresden.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Auffassung der Pityriasis rosea auf breiterer Grundlage, von George Henry Fox-New York. (Journ. amer. med. assoc., 17. Aug. 1912.) Fox erörtert durch eine größere Anzahl von Abbildungen unterstützt in kritischer, hier nicht näher wiederzugebender Weise die von Gibert gegebene Symptomatologie der Erkrankungen und muß hiernach seine Unfähigkeit eingestehen, in präziser Weise anzugeben, was Pityriasis rosea ist. Seines Erachtens ist die Beschreibung der Lehrbücher zu eng begrenzt; auf Grund unserer klinischen Erfahrungen muß eine weitere Auffassung des Krankheitsbildes eintreten. Fendt-Wiesbaden.

Einige praktische Punkte bei der Ekzemtherapie, von G. S. Stopford-Taylor-Liverpool. (Med. Press. a. Circ., 1912, Nr. 3832.) Ekzem ist ein Katarrh der Haut, der eine äußere oder innere Ursache haben kann. Ein großer Teil von Ekzemen entsteht im Anschluß an Wunden; solche Erkrankungen als Dermatitis vom Ekzem zu trennen, ist eine Absurdität, die die Dermatologie in üblen Ruf bringt. Jedes Ekzem wird rasch septisch, da die Haut von Mikroorganismen wimmelt, die von dem freigelegten Korium schnell absorbiert werden; durch die Aufnahme der Krankheitsprodukte in den Lymph- und Blutstrom entstehen durch Vermittlung des Nervensystems neue von der Primärerkrankung räumlich entfernte Ekzemausbrüche. Therapeutisch ist die

Digitized by Google

Hauptforderung für die entzündete Haut Ruhigstellung. Bei nässendem Ekzem sind die Krankheitsprodukte zu entfernen, darauf die Haut mit einem Bor- (1 Teil) Stärke- (7 Teile) Brei zu bedecken. Bei kokkogener Follikulitis ist besonders zu empfehlen: erst Bestreuen mit Dermatol, hierüber Borstärkebrei. Später folgen Salben oder Pasten, die auf mit Wasser angefeuchtetem Lint aufgetragen werden. Bei Anwesenheit von gewissen Arten von Mikroorganismen wirkt Schwefel besser als Hg-bichlorat. Für harte und verdickte Ekzemplaques ist Kohlensäureschnee sehr zu empfehlen, der billiger und leichter zu verschaffen ist als Radium. Fendt-Wiesbaden.

Bakterienfunde bei Psoriasis, von A. Menzer-Bochum. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 45, S. 2119.) Verfasser ging von der Tatsache aus, daß auch scheinbar gesunde Psoriatiker bei genauer interner Untersuchung sich als konstitutionell krank erweisen. Sämtliche von ihm bisher untersuchten Fälle (15) haben eine kranke Konstitution gezeigt, insofern als sie an chronischen Veränderungen in den oberen Luftwegen und an multiplen Drüsenschwellungen am Hals und im Brustraum litten. Sie haben sämtlich allgemein und örtlich an den schuppenden Hautstellen auf Tuberkulin reagiert und ebenso auf Einspritzung von Streptokokkenvakzine in Dosen von 5—10 Millionen, wenn auch in geringerem Maße. Dabei traten vielfach unter dieser Behandlung neue, frische Psoriasisherde auf, und es entstanden nicht selten Staphylokokken enthaltende Furunkel an den verschiedenen Hautstellen.

In drei ganz frischen Psoriasisherden konnte er innerhalb des ödematösen Zentrums in den oberen Kutislagen Herde von Kokken nachweisen, ebenso wurden einmal Muchsche Granula und einmal nach Ziehl-Nelsen säurefeste Stäbchen innerhalb einer bei einem Psoriatiker entstandenen Zellgewebsentzündung gefunden.

Er schließt daraus, daß die Psoriatiker an einer latenten, vorwiegend in den Drüsen lokalisierten Tuberkulose leiden, welche, wie so häufig, mit einer Mischinfektion von Streptokokken und Staphylokokken vergesellschaftet ist. O. Junghanns-Dresden.

Psoriasis. Der Wert von Bädern und Mazeration bei deren Behandlung, von Douglass W. Montgomery-San Franzisko. (Journ. amer. med. assoc., 26. Oktob. 1912.) Warmwasserbäder von einer Stunde oder noch längerer Dauer wirken kräftig und heilsam auf Psoriasis. Mit Kaliumsulfuratum hergestellte Schwefelbäder können von unangenehmer Wirkung sein, besonders bei erethischer, reizbarer Haut. Teer und Kaliumpermanganat sind häufig als Zugaben zu den Bädern zu empfehlen, dagegen beeinträchtigen Natrium bicarbonium, Borsäure und Kochsalz die Wirkung der Bäder, indem sie die Osmose herabsetzen. Mazeration unter impermeablen Stoffen wirkt vielfach in der gleichen Weise wie Bäder. Fendt-Wiesbaden.

Zwei Fälle von Achorion Quinckeanum beim Menschen, von Brault-Algier. (Prov. méd., 1912, Nr. 23.) Der Mäusefavus ist bisher nicht häufig beim Menschen gefunden worden. Den Fällen von Bodin, Adamson und Bloch reiht Br. zwei weitere an: eine Frau mit einem Skutulum auf der Wange und einen Säugling mit einem Herd auf dem Kopf. Beide stammen aus einem Viertel der Stadt, wo alte Häuser voll Mäuse und Ratten vorwiegen. Die Spezies Achorion Quinckeanum wurde durch Kultur und Impfung identifiziert. Werther-Dresden.

Muskuläre Sporotrichose, von P. Moure und P. Baufle-Paris. (Presse méd., 1912, Nr. 89.) Die Verfasser hatten Gelegenheit, ein sporotrichöses Gumma, das vollständig im M. triceps brachii aufgetreten war, zu beobachten. Ein 42jähriger Mann bemerkt nach einer Anstrengung des Armes eine etwas schmerzhafte, harte, olivengroße Geschwulst an der Hinterseite des linken Oberarmes, welche allmählich bis zu Taubeneigröße heranwuchs. Sie lag in der Masse des M. Triceps und in der linken Achsel fand sich unter dem Pektoralis eine harte Drüse. Der Tumor war an der Haut adhärent,

Digitized by Google

letztere zwar gerötet aber nicht ulzeriert. Aus dem aus der Geschwulst punktierten Eiter gelang es allerdings erst nach 11 Tagen Sporotrichum zu züchten.

A. Gunsett-Straßburg.

Sporotrichosis beim Menschen, von Walter W. Hamburger-Chicago. (Journ. amer. med. assoc., 2. November 1912.) Sporotrichose kommt häufiger vor, als nach der Zahl der bis jetzt veröffentlichten Fälle zu erwarten ist. Sie ist höchstwahrscheinlich besonders auf dem Lande eine weitverbreitete Erkrankung, die nicht nur Erscheinungen auf der Haut hervorruft, sondern sich auch in den Muskeln, Gelenken, Knochen, Nieren und Lungen ansiedelt. Ein vom Verfasser mitgeteilter Fall, dessen kulturelle Untersuchungsresultate genau wiedergegeben sind, beweist, daß häufig die Diagnose nicht rechtzeitig gestellt wird. Bis jetzt sind in Nordamerika 28 Fälle unzweifelhafter Sporotrichoris veröffentlicht. Die erfolgreiche Behandlung besteht bekanntlich in steigenden Dosen von Jodkalium und lokaler Anwendung von Jodtinktur. Fendt-Wiesbaden.

Die bakterielle Ätiologie der Akne vulgaris, von Marcus Haase-Memphis, Tenn. (Journ. amer. med. assoc., 17. Aug. 1912.) Verfasser gibt einen Überblick über die bisherigen Forschungen auf dem Gebiete der bei Akne vulgaris ätiologisch in Betracht kommenden Mikroorganismen. Übereinstimmung der Verfasser über die Rolle dieser ist nicht vorhanden. Verfasser ist überzeugt, daß die Mehrheit verschiedene Phasen desselben Organismus beobachtet hat. Nach den Untersuchungen von Engman, die von Gilchrist kontrolliert wurden, soll Akne in allen ihren verschiedenen klinischen Stadien durch den Aknebacillus verursacht werden. Therapeutisch wendet Engman Vakzinen des Aknebazillus in der Dosis von drei bis fünf, selten mehr Millionen in fünf- bis siebentägigen Intervallen an; er hält diese Therapie für eine der glänzendsten der Dermatologie. Eine Anzahl anderer Verfasser ist ebenfalls mit den therapeutischen Resultaten zufrieden; z. T. wenden sie autogene, z. T. Handelsvakzine an. Verfasser hat nur Handelsvakzine aus verschiedenen Quellen angewendet; wenn er auch die glänzenden Resultate anderer nicht bestätigen kann, so hat er doch in einer Anzahl von Fällen so günstige Resultate gesehen, daß er ohne die Unterstützung von Vakzine keinen Patienten mehr behandeln will. Fendt-Wiesbaden.

Pemphigus foliaceus mit Salvarsan behandelt, von Juan de Azúa. (Rev. clin. Madrid, 1912, Nr. 20.) Typischer Fall von Pemphigus foliaceus bei einem 54jährigen Patienten, der in wenigen Monaten zum Tode führte. Es wurden 3 Injektionen von je 0,1 Salvarsan intravenös verabreicht. Das Allgemeinbefinden wurde hierdurch gehoben, auch lokal war eine Besserung zu verzeichnen. Leider konnte kein nachhaltiges Resultat erzielt werden. A. Gunsett-Straßburg.

b. Cutis.

Über epidemieartig gehäuftes Auftreten von Eiterprozessen, von Chs. Widmer. (Schweizer Korresp.-Bl., 1912, Nr. 19.) Die ein Jahrzehnt überschauende Beobachtung des Verfassers deutet darauf hin, daß nicht nur individuelle, sondern auch allgemeine, örtliche und zeitliche Dispositionen bei verschiedenen Eiterprozessen eine Rolle spielen.

Eine Phase rapiden Anstieges eitriger Prozesse fällt in den Spätsommer bis Herbst, eine zweite ins Frühjahr. Sie ist nach verschiedenen Orten zeitlich etwas verschoben und im ganzen unregelmäßiger, aber noch ebenso deutlich, als die meisten unserer ausgesprochenen Jahresepidemien, z. B. der Kinderkrankheiten. Besonders beim Militär und bei Schulkindern ließ sich das zu den oben erwähnten Zeiten gehäufte Auftreten von Hautunreinheiten, Pusteln, Furunkeln, Panaritien usw. einwandsfrei konstatieren. Es handelte sich meist um Staphylokokkeninfektionen, die sich durch besonders schnelle und glatte Abheilung auszeichneten. Verfasser schließt noch einige Betrachtungen über Epithelerneuerung an, die sich nicht zum kurzen Referat eignen. O. Valentiner-Leipzig.

Digitized by Google

Behandlung des einfachen Schankers mit lokalen Salvarsanapplikationen, von A. Lévy-Bing und A. Morin. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 122.) Mit täglichen oder alle 2 Tage vorgenommenen Applikationen von Neosalvarsanvaseline 1:10 konnten die Verfasser in wenigen Tagen Ulcera mollia, sogar phagedänischer Art zur Abheilung bringen. Salvarsaninjektion hatten bei Ulcus molle keinen Erfolg. Sie teilen einen Fall mit, in welchem bei einem mit Ulcera mollia und Ulcera dura behafteten Manne mit Neosalvarsaninjektionen letztere abheilten, aber erstere bestehen blieben. Sie wurden erst mit Neosalvarsansalbe geheilt. A. Gunsett-Straßburg.

Der äußere Milzbrand des Menschen, von O. Heinemann-Berlin. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 119, Nr. 3—4.) Auf Grund eignen Materials und einer Statistik von 2000 Fällen gibt H. eine Kritik der Behandlungsmethoden. Danach sind konservative und operative Milzbrandbehandlung beide rationell, doch ist nach Theorie und Praxis die Operation die bessere Methode. Die Operation muß in radikaler Zerstörung des Karbunkels bestehen. Die Lokaltherapie ist mit Serum-, Salvarsan-, Kollargoltherapie zu kombinieren, wenn Allgemeininfektion droht oder vorhanden ist. Die Behauptungen von der Schädlichkeit der Operation sind in allen Punkten zu widerlegen. Nur eine unvollständige Operation kann schaden, eine vollständige kann nur nützen. Schourp-Danzig.

Experimentelle und chemotherapeutische Versuche bei Framboesia tropica, von G. Castelli. (Ztschr. f. Chemother., 1912, H. 2.) Dem Verfasser ist es gelungen, Lokalerscheinungen von Framboësie am Skrotum des Kaninchens zu erzielen. Durch widerholte Passagen wird die Virulenz der Spirochäten und damit der Prozentsatz der positiven Übertragungen erhöht. Die Framboësieschanker ähneln sehr denen bei experimenteller Syphilis. Nach wiederholten Injektionen in die V. marginalis von spirochätenhaltiger Flüssigkeit, die durch Zerstückeln infizierter Kaninchenhoden, Schütteln in Kochsalzlösung und Filtrierung durch Mull gewonnen war, zeigen sich nach verschieden langer Inkubationszeit bestimmte Erscheinungen an Körperteilen, die entfernt von der Injektionsstelle liegen. Diese Erscheinungen bestehen in kutanen Papeln, Indurationen mit ev. Ulzerationen an Schwanz, Nasenbein, Schnauze und Gliedmaßen, Keratitis und dergl. Auch im tiefliegenden Nasengewebe entwickeln sich gummiähnliche Geschwülste, die schwere Atembeschwerden verursachen. Der Allgemeinzustand verschlechtert sich sehr schnell, wenn letztere auftreten; die Tiere sterben an Atemnot. An den inneren Organen zeigen sich nie makroskopische Veränderungen. Die Framboësie zeigt sich also im wesentlichen als reine Hautkrankheit in Form von Hautpapeln und Granulationsknötchen.

Der zweite Teil des Aufsatzes ist chemotherapeutischen Versuchen mit Salvarsan und Neosalvarsan bei der Framboësie des Kaninchens gewidmet. Bei einem Tiere, das 0,012 g Salvarsan pro Kilo Gewicht erhielt, verschwanden nach 4 Tagen die Spirochäten aus den Impfschankern beider Hoden. Neosalvarsan schien trotz seiner geringeren Toxizität von nicht geringerer Wirkung als Salvarsan bei 3 Framboësieschankern zu sein. Salvarsan in einer Dosis zwischen 0,025 und 0,03 g pro Kilo Gewicht führt in 24 bis 48 Stunden zum Verschwinden aus den Framboësieerscheinungen. Neosalvarsan ist insofern dem Salvarsan überlegen, als mit gleichen Gewichtsmengen die gleichen Wirkungen hervorgebracht werden können. Analoge Versuche bei Syphiliskaninchen zeigten, daß in einem Falle von generalisierter Syphilis die Sterilisierung schneller auftrat, als in 2 Fällen von lokalisierter Skrotalsyphilis. Die Heilwirkung des Chemikals erfuhr hier eine Verstärkung durch sukkursale Bildung von Antikörpern, hervorgerufen durch Abtötung eines Teiles des Parasiten.

Hinsichtlich der Frage nach der Identität von Yaws und Syphilis sind die Ansichten der Verfasser geteilt. Auch die Entdeckung des Treponema pertenue durch Castellani hat die Frage nicht gelöst. In dem häufigen Auftreten der papulösen Er-

Digitized by Google

scheinungen am Körper des mit Treponema pertenue infizierten Kaninchens hat man ein Mittel zur Unterscheidung der beiden Formen. Kürzlich hat Nichols beobachtet, daß bei mit Syphilis infizierten und dann mit Salvarsan geheilten Kaninchen eine wenige Tage nach der Behandlung erfolgte Reinokulation mit Syphilis stets negativ, mit Yaws dagegen stets positiv ausfiel. Er glaubt durch diesen Versuch den Wesensunterschied zwischen den beiden Krankheiten bewiesen zu haben. O. Valentiner-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Übertragung gestielter Hautlappen aus der Haut des vorderen Brustkorbes auf Fingerdefekte, von R. Sievers-Leipzig. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 120, Heft 1 bis 2.) An 11 Fällen zeigt S., daß die Methode der Übertragung gestielter Hautlappen aus der vorderen Brust auf Fingerdefekte ein wertvolles Verfahren im Rahmen poliklinischer Verletzungsbehandlung darstellt, das geeignet ist, den Verlust gesunden Materials verstümmelter Finger zu vermeiden unter Bildung eines gut geformten, widerstandsfähigen und meistens ganz unempfindlichen Stumpfes. Schourp-Danzig.

Ansteckende Hautkrankheiten in Vorschulen und Schulen, von John T. Bowen-Boston. (Med. and Surg. Journ., 21. Dez. 1911.) Zusammenfassender kurzer Bericht über die vom Verfasser gesammelten Erfahrungen bezüglich des Vorkommens bestimmter übertragbarer Hautkrankheiten in den im Titel genannten Erziehungsanstalten Bostons. Graetz (Hamburg).

Verschiedenes.

Frank Schultz †.

Am 6. Januar starb plötzlich, anscheinend aus voller Lebensfrische heraus, einer der Besten unseres Standes in einem so frühen Alter, daß außer seinem — uns in diesen Tagen der Trauer unersetzlich scheinenden — Verlust und der völligen Ahnungslosigkeit, daß wir ihn verlieren könnten, das so frühe Erlöschen seiner scheinbar ungebändigten Jugendkraft unfaßbar erscheint. Wer Frank Schultz in der Eleganz seiner elastischen, männlichen, sportgeübten Kraft auf Kongressen und in wissenschaftlichen Gesellschaften auftreten sah, mit dem Feuer der Beredsamkeit für seine eigenartigen, den wissenschaftlichen Stoff seiner schwierigen physikalischen Forschungen tief durchdringenden Gedanken eintretend, in der Diskussion scharf, aber mit unbesieglicher Liebenswürdigkeit seine Ideen verfechtend, von den Erfolgen seiner mit den neuesten Methoden errungenen Behandlung der Kranken begeistert, wird diesen glänzenden und dabei so bescheidenen Forscher nie vergessen können. Es ist nicht zuviel behauptet, wenn man versichert, daß allen Dermatologen, allen Kennern der physikalischen Heilverfahren, namentlich auf dem Gebiete der Hautkrankheiten, noch kein Verlust so nahe gegangen ist als der dieses Mannes, dessen bereits in den wenigen Jahren, die es ihm zu forschen vergönnt gewesen ist, errungene Fortschritte eine bleibende Grundlage weiteren zielbewußten Strebens darstellen müssen. Aus der Schule des Berner Dermatologen Jadassohn hervorgegangen, hat er sich von vornherein mit seltener technischer Begabung der Ausbildung zuerst der Lichttherapie Finsens gewidmet, deren bleibendes Denkmal für ihn in dem Lichtinstitute des Berner Inselspitals besteht. Zum Leiter des Berliner Lichtinstituts bereits kurz, nachdem er sich in Berlin

Digitized by Google

seßhaft gemacht hatte, von Lesser berufen, hat er in wenigen Jahren das vorbildlichste Institut und die vorbildlichste Therapie zu schaffen vermocht. Mit einem brennenden Eifer, der ihn von Vervollkommnung zu Vervollkommnung hasten ließ, baute er das große Gebiet der Lichtbehandlung und namentlich seines Lieblingszweiges, der Röntgentherapie, bis in die subtilsten Feinheiten aus. Die Röntgendosierung, schon vor ihm empirisch ausprobiert, erhielt in seinen Händen erst die wissenschaftliche Festigkeit und fast möchte man sagen, Weihe, wenn man sah, wie er bei Tag und in wie vielen durcharbeiteten Nächten, unterstützt von seiner ihm kongenialen Gattin, schwierigen Problemen mit allen Mitteln der Forschung nahe zu kommen suchte und sie auch zu lösen begonnen hatte. Nur weniger Jahre schien er noch zu bedürfen, um zum glänzendsten Sterne des von so vielen begabten Männern bearbeiteten Gebietes sich emporzuschwingen. Alles das von seinen Freunden Erhoffte hat der plötzliche Tod vernichtet, kaum daß er das 40. Jahr vollendet hatte. Er war nicht eigentlich ein Mann der Feder, wenn er auch in seinem Buche „Die Röntgentherapie in der Dermatologie" in einer so klaren Weise wie keiner vor ihm alles dem Dermatologen Nötige in faßliche und absichtlich schematisch gehaltene Form gegossen und in vielen, in den Fachzeitschriften verstreuten Aufsätzen stets gedankensprühende, abgeschlossene, kurze und präzise Anweisungen gegeben hat. Was er in unvollendeten Gedanken und Methoden noch erstrebte, können nur die wenigen, die ihm ganz nahe standen, ermessen. Was für Schwierigkeiten hat er in kompliziert liegenden Fällen durch seine Geschicklichkeit zu überwinden vermocht, wo schon viele andere am Erfolg verzweifelt waren, ohne Rücksicht auf Rang und Stand allen gleichmäßig und unermüdlich seine fast immer erfolgreiche Hilfe spendend, ohne nachtragendes Gefühl für Undank und Widerstand, wie sie keinem Arzte erspart bleiben. Über alles trug ihn seine sieghafte Freude am Schaffen und am endlichen Erfolg hinüber. Sein höchster Triumph war die Durchführung eines klaren einfachen Gedankens, mochte er auch mit bisher Gültigem im Widerspruch stehen. Wie war er von Stolz erfüllt, und wie oft hat er es der seinen Worten stets mit neuem Interesse lauschenden Zuhörerschar erzählt, daß er im chinesischen Kriege ohne alle modernen Hilfsmittel eine Typhusepidemie unterdrückte, indem er durch einfache Beobachtung der Truppenbewegungen die beiden Brunnen, aus denen die Keime stammen mußten, zuschütten ließ, und was erzählte er nicht sonst alles aus diesem Feldzuge, schöne Erlebnisse und Lebensgefahren, denen er mit offenem Auge trotzte. Er war ein Mann des Wortes, das er wie selten einer in eindringlichster Weise meisterte. Seine Lehren zu vernehmen kamen Lernbegierige aus aller Herren Länder, denn er war der geborene klare Lehrer, dem das Lehren, das Mitteilen auch der neuesten Ergebnisse seiner Forschungen Freude machte, und wer von ihm hörte, lernte auch stets zugleich von ihm, erfaßte Altes in neuer Auffassung, erhob sich mit ihm über das Alltägliche und erhielt die Basis für eigenes Weiterdenken. Der Trauer seiner Freunde ist nur die seiner Kranken vergleichbar, die an ihm hängen, als hätten sie einen der Ihren verloren. Mitten im vollsten Schaffen verließ er sie, in seinen, dem reichstausgestatteten physikalischen Laboratorium vergleichbaren Arbeitsräumen, in denen jedes Gerät von so vielen Heilungen schwerer Leiden erzählen kann, stand der Sarg, der so viel für immer erloschene Menschenliebe, so viel für ewig verstummten Trost umschloß, wie sie selten aus einem Herzen gekommen sind. Felix Pinkus.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

8. Februar 1913 | Nr. 6 | Band 56

Aus der II. Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten im k. k. Allgemeinen Krankenhause zu Wien. (Vorstand: Prof. Dr. S. Ehrmann.)

Sklerodermieartige Hautveränderung nach Skorbut.

Von

Dr. Wilhelm Lier.

Im folgenden möchte ich über die Erkrankung eines Patienten berichten, den wir im Laufe des Jahres 1912 durch mehrere Wochen beobachten konnten.

R. D., 33 Jahre alt, ein sonst gesunder kräftiger Mann, zeigt an seinen unteren Extremitäten folgende Erscheinungen: Die Haut des rechten Fußrückens bis hinauf zum unteren Drittel des rechten Unterschenkels ist ebenso wie die des linken Fußrückens, des ganzen linken Unterschenkels und der linken Kniekehle bis zum unteren Drittel des Oberschenkels sehr stark gespannt, glatt, matt glänzend, derb, von der Unterlage nicht abhebbar und nicht in Falten zu ziehen. Die Füße sind leicht zyanotisch, kühl, die Haut um das Sprunggelenk beiderseits fast bretthart, die Achillessehne kaum durchzutasten. Die Beweglichkeit der Zehen hat nicht wesentlich gelitten, dagegen ist die Pronation und Supination, auch die Beugung und Streckung in den Sprunggelenken eine sehr geringe. Der linke Unterschenkel ist an Umfang wesentlich kleiner als der rechte (31 cm gegen 35 cm), seine Konsistenz im Bereiche der Wadenmuskulatur eine harte, sohlenlederähnliche. Diese Verhärtung erstreckt sich mit abnehmender Intensität nach vorn, so daß die Haut beiderseits der Tibia nahezu normale Beschaffenheit hat. Die Farbe der verdickten Hautpartien ist grau- bis sepiabraun, und diese Pigmentierung tritt namentlich in der linken Kniebeuge stark hervor. Die Beweglichkeit ist in dieser im Sinne der Beugung normal, im Sinne der Streckung aber wesentlich eingeschränkt, weshalb der Patient den linken Unterschenkel in leichter Außenrotations- und Flexionsstellung hält; der rechte Unterschenkel ist normal beweglich.

Das histologische Bild eines exzidierten Hautstückchens vom linken Unterschenkel ergibt folgendes:

Die Epidermis ist normal, ihre basale Zellschicht etwas stärker pigmenthaltig. Die Veränderung betrifft ausschließlich das Korium und zwar vorwiegend den subpapillar und tiefer gelegenen Anteil desselben, und die ins subkutane Fettgewebe einstrahlenden Bindegewebszüge, und zwar erscheinen die kollagenen Fasern in der subpapillaren Schicht mehrfach verbreitert und fleckweise hyalin degeneriert, die Lymphspalten zwischen ihnen erweitert, während sie in den ans Stratum subcutaneum angrenzenden Lagen an vielen Stellen ganz dicht ohne Spaltbildung zusammengepreßt sind, so daß das Gewebe hier in seiner Straffheit mehr den Charakter eines sehnigen macht. Um die in ihrer Wand hier und

Digitized by Google

da verdickten Gefäße finden sich schmale, oft nur streifenförmige Infiltrate mononukleärer Zellen und reichliche Ansammlungen körnigen und scholligen eisenhaltigen Pigmentes. Beides, die Infiltrate sowohl wie auch die Anhäufungen von Hämosiderin, finden sich auch in den etwas verbreiterten Bindegewebssepten, die ins subkutane Gewebe hineinziehen. Die Elastika, die im allgemeinen normal, nur hier und da eine Aufquellung der dickeren Fasern erkennen läßt, zeigt besonders im Stratum subpapillare eine starke Neubildung feinster elastischer Fasern.

Es handelt sich also, wie aus dem Gesagten hervorgeht, sowohl nach dem klinischen wie nach dem histologischen Befund um eine sklerodermieartige Erkrankung im Bereiche der Sprunggelenke sowie besonders des linken Unterschenkels und der linken Kniebeuge bei einem sonst gesunden jungen Manne.

Die Ätiologie der Affektion nun ist es, welche mir die Mitteilung der Krankengeschichte interessant erscheinen läßt; die beschriebenen Veränderungen stellen sich nämlich bei dem früher niemals krank gewesenen Patienten als die Folge eines Skorbuts dar, den er im Vorjahre in einem anderen Wiener Krankenhaus durchgemacht hat.

Es handelte sich nach der uns freundlichst überlassenen Krankengeschichte damals um einen echten Skorbut, der mit Blutungen ins Zahnfleisch, Lockerung der Zähne, Blutungen in den rechten Vorderarm sowie besonders starken Extravasationen in die Gegend beider Sprunggelenke, des linken Kniegelenkes und des linken Unterschenkels einherging und unter vegetabilischer Diät und auf Darreichung von Decoct. Chinae in vier Wochen abheilte.

Der Patient, der die jetzige Erkrankung etwa fünf Monate vor seinem Eintritte ins Spital bemerkt hat, bietet ein fast vollständiges Analogon zu einem schon 1895 von Ehrmann vorgestellten Falle:

Es heißt da im Bericht über die Sitzung der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 8. Mai 1895:

Ehrmann zeigt einen Fall von Sklerodermie. Die Haut am linken Oberschenkel des 30jährigen Mannes ist von der Unterlage nicht abhebbar, diese hart, in der Kniekehle braunes Pigment und Sklerosierung. Krankheitsdauer mehrere Monate. Der Krankheit ist Skorbut vor kurzem vorausgegangen.

Im Krankenprotokoll vom 30. März 1895 ist noch grünlichbraune Tingierung nach Hämorrhagie notiert. In der Kniekehle die Haut bretthart, über der Faszie unverschieblich.

In Anbetracht der relativen Häufigkeit des Skorbuts könnte man wohl erwarten, Folgezustände gleich den beschriebenen öfter zu sehen; doch ist mir über andere Mitteilungen darüber aus der Literatur nichts bekannt. Das Zustandekommen der Induration vorwiegend an jenen Stellen, wo die Faszie der Haut sehr nahe liegt, wie in der Sprung- und Kniegelenkgegend, muß man sich folgendermaßen vorstellen: Die Blutextravasate drängen die Bindegewebsfibrillen auseinander und die Haut von der Faszie ab. Wo der Zwischenraum zwischen Kutis und Faszie

Digitized by Google

sehr groß ist, hat dies für die Struktur des subkutanen und kutanen Gewebes nach der Resorption keinen wesentlichen Einfluß; wo er jedoch klein ist, ergibt sich eine mechanische Zerrung und zugleich ein sehr verstärkter Druck auf die einzelnen Gewebselemente, die zu jenen reaktiven Veränderungen führen, welche eben in der lokalen Sklerosierung des kutanen und subkutanen Gewebes ihren Ausdruck finden. Vielleicht ist auch der Chemismus, der bei der Resorption der Hämorrhagien stattfindet, in diesen Fällen etwas abweichend von jenen, wo die Resorption unter geringerem Gewebsdruck vor sich geht.

Meinem verehrten Chef, Herrn Prof. Ehrmann, erlaube ich mir, auch an dieser Stelle für die Anregung und freundliche Unterstützung bei dieser Arbeit besten Dank zu sagen.

Über die diagnostische Wertlosigkeit der negativen Wassermann-Reaktion.

Von

Karl Rühl,

Oberassistent der venereologischen und dermatologischen Abteilung der Allg. Poliklinik und des städtischen Ambulatoriums für Geschlechtskrankheiten in Turin.

Die Mehrzahl der Autoren ist darüber einig, daß ein negativer Ausfall der Wassermannschen Reaktion diagnostisch sozusagen wertlos ist; als Ausdruck dieser herrschenden Anschauung darf wohl der folgende sehr richtige Satz von Mulzer[1]) gelten:

„Leider dürfen wir dem negativen Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei dem gegenwärtigen Stand der Forschung in der Regel keinerlei diagnostische Bedeutung beilegen. In vereinzelten Fällen kann vielleicht eine negative Reaktion insbesondere bei wiederholter Blutuntersuchung, eine Diagnose, die Lues schon an und für sich mit ziemlicher Bestimmtheit ausschließt, noch festigen. Sie mag auch hin und wieder zu Beruhigung grundloser Syphilidophobie dienen; von wirklicher praktischer Bedeutung für die Diagnose ist indes nur der positive Ausfall derselben."

Man liest und hört aber anderseits oft genug von Ärzten, welche Lues bis zum Negativwerden der Wassermannschen Reaktion behandeln und erst zu einer neuen Behandlung schreiten, wenn die Reaktion wieder positiv gefunden wird, woraus zu schließen ist, daß sie diesem negativen Ausfall der serologischen Probe einen zu großen Wert beilegen. Auch liegt der Gedanke nahe, daß eine solche Überschätzung für manchen Patienten von großem Schaden sein kann, indem eine kostbare Zeit behandlungslos versäumt wird, während man durch Fortsetzung der Kur

[1]) P. Mulzer, Praktische Anleitung zur Syphilisdiagnose, 2. Aufl., S. 105.

Digitized by Google

eventuell eine vollständigere Wirkung erzielen und größere Chancen für eine völlige Heilung gewinnen könnte.

Ich halte es deshalb für lohnend, über folgende beiden Fälle zu berichten, aus denen die diagnostische Wertlosigkeit der negativen Wassermannschen Reaktion in prägnantester Weise hervorgeht.

1. Fall. H. M. 29 Jahre alt, Kaufmann. 1905. Primärsklerose, Roseola, Kopfschmerzen, 45 Einreibungen von grauer Salbe und eine Jodkaliumkur. Keine weitere Behandlung. 1908. Papeln im Munde. Wassermann positiv. Eine Reihe von Einspritzungen von grauem Öl. 1911 Patient hat in der Zwischenzeit keine Erscheinungen mehr gehabt; da er aber die Absicht hat, zu heiraten und ihm einige Bedenken über seinen Gesundheitszustand aufgestiegen sind, so unterwirft er sich einer neuen Behandlung. Januar: subkutane Einspritzung von Salvarsan (die Dosis kann er nicht angeben). Darauf folgt eine Reihe von Einspritzungen von grauem Öl. Im März: Wassermann negativ (Piccardi). Weitere Reihe von Einspritzungen von grauem Öl. Im Mai: Wassermann negativ (Piccardi). Im August: Wassermann negativ (Piccardi).

In der Überzeugung geheilt zu sein, heiratet Patient im Oktober 1911 (ohne Genehmigung des behandelnden Arztes [Piccardi]), und zwar ein 23jähriges völlig gesundes Mädchen. Ende November beginnt eine Schwangerschaft. Im sechsten Schwangerschaftsmonat treten bei der jungen Frau luetische Erscheinungen (zuerst Kopfschmerzen und Schmerzen in den Gliedern; dann ein makulo-papulöses Syphilid) auf. Zangengeburt eines toten mazerierten Kindes mit Lueserscheinungen.

Es ist hier zwar nicht mit absoluter Sicherheit nachweisbar, daß die Lues der jungen Frau und des totgeborenen Kindes von dem betreffenden Manne herstammt; diese Annahme liegt aber, nach alle dem was ich erfahren konnte, am nächsten und kann sogar als sicher begründet angesehen werden, soweit in solchen Fällen überhaupt von Gewissheit die Rede sein kann. Außerdem spricht die spärliche, a priori als ungenügend zu bezeichnende Behandlung des Mannes, dafür, daß eine Heilung höchstwahrscheinlich nicht eingetreten war.

2. Fall. F. M. 24 Jahre alt; hat im Alter von 15—16 Jahren an leichtem Muskelrheumatismus und an leichten, wahrscheinlich auf einer Erkältung beruhenden, Blasenstörungen gelitten. War sonst stets vollständig gesund. Sie heiratete im Alter von 23 Jahren den in Fall 1 erwähnten Patienten. Nach zweimonatlicher Ehe begann eine Schwangerschaft; dieselbe verlief regelmäßig. Im dritten Schwangerschaftsmonat stellte sich mir Patientin wegen eines von starkem Juckreiz begleiteten Hautausschlages, den ich als Urtikaria erkannte, vor; bei dieser Gelegenheit führte ich, obwohl mir die Lues des Mannes noch unbekannt war, eine gründliche allgemeine Untersuchung aus, bei welcher ich weder an den Geschlechtsteilen, noch an der Haut oder im Munde, noch irgend sonstwo Zeichen einer luetischen Infektion fand.

Nach weiteren drei Monaten stellte sich mir Patientin wieder mit einem Hautausschlag vor und gab an, sie habe seit einigen Wochen an Kopfschmerzen und Schmerzen in den Gliedern, usw. gelitten. Der Ausschlag konnte nur als ein makulo-papulöses Syphilid gedeutet werden; und es bestand ferner eine geringe Anschwellung und Infiltration einiger Leisten- und Zervikallymphdrüsen; im Munde und an den Genitalien waren keine luetischen Erscheinungen nachweisbar. Ich suchte mit der durch die Sachlage gebotenen Vorsicht und Zurückhaltung durch indirekte Fragen etwas über die mögliche Quelle der Infektion zu erfahren, kam aber zu keinem Resultat (die Anamnese des Ehemanns war mir noch unbekannt). Da mir keine andre als die von mir gestellte Diagnose zulässig schien, forderte ich die Patientin auf, sich mir möglichst bald zusammen mit ihrem Ehemann vorzustellen. Dies geschah aber nicht. Patientin stellte sich nach

Digitized by Google

drei Wochen wieder vor, aber allein; der Zustand war fast unverändert; neben den Flecken und Papeln auf der Haut, waren auch einzelne Pusteln vorhanden. Ich wiederholte meine Bitte, aber vergebens; ich hatte längere Zeit hindurch, d. h. bis zur Zeit der Geburt, nicht mehr Gelegenheit, meine Patientin zu sehen.

Ende August (d. J.) erfolgte die (Zangen-)geburt eines toten mazerierten vollentwickelten Kindes mit Erscheinungen von kongenitaler Lues (ich wohnte zusammen mit Dr. Doz. Vaccari, Oberassistent an der hiesigen geburtshilflichen und gynäkologischen Universitätsklinik, der Geburt bei). Ich machte bei dieser Gelegenheit den Mann der Patientin auf die Lues dieser letzteren aufmerksam und unterwarf ihn einer Befragung in bezug auf seine eigenen Gesundheitsverhältnisse; er gab mir nun an, Lues gehabt zu haben (vgl. Fall 1), gab aber der Überzeugung Ausdruck, völlig geheilt zu sein und äußerte, als ich ihm die Notwendigkeit einer sofortigen intensiven antiluetischen Behandlung seiner Frau klar machte, den Wunsch, erst die Diagnose durch eine Wassermannsche Reaktion bestätigt zu sehen, und zwar später, nach dem Wochenbett. Meine Einwände und mein Zureden gegen diese Verzögerung blieben ohne Erfolg. Das Puerperium verlief während der ersten drei Wochen regelmäßig; dann trat ziemlich hohes Fieber, begleitet von Kopfschmerzen, auf, welches von dem zugezogenen Internisten auf eine typhöse Infektion zurückgeführt wurde, und nach drei- bis vierwöchiger Dauer heilte.

(Diesbezüglich möchte ich jedoch bemerken, daß ich mich dieser Diagnose nicht anschließen konnte, und zwar weil das Fieber zweimal nach der Verabreichung von 0,25 resp. 0,30 Kalomel per os von 39,9—40,1° C in wenigen Stunden auf 35,8 resp. 37,2 herabsank. Ich war leider infolge meiner besonderen Stellung gegenüber dem behandelnden Kollegen, nicht in der Lage, die Frage näher zu untersuchen. Nach meiner Ansicht spielte bei dem Fieber die Luesinfektion jedenfalls eine Rolle.)

Anfang November, also zwei Monate nach der Geburt, stellte sich mir Patientin wieder vor; das makulo-papulo-pustulöse Syphilid war zum Teil zurückgegangen; es waren jedoch noch deutliche Spuren davon, besonders an den Beinen und Armen zu sehen. (Wie gesagt, bekam Patientin während der fieberhaften Krankheit mehrmals hohe Dosen Kalomel per os.) Patientin klagte über große Schwäche; sonst keine objektiven Symptome. Blutentnahme: Wassermannsche Reaktion (6. November 1912) ganz und gar negativ. Da dieses Resultat mich sehr überraschte, übergab ich einen Teil des Blutserums einem Kollegen; dieser wiederholte die Untersuchung, erhielt aber ebenfalls eine gänzlich negative Reaktion.

Um eine lebhafte Erörterung mit dem Manne der Kranken zu vermeiden, der einen so großen Wert auf den Ausfall der Blutuntersuchung legte, sagte ich ihm ohne weiteres, die Wassermannsche Reaktion wäre positiv gewesen und konnte ihn somit endlich dazu veranlassen, die junge Frau einer antiluetischen Kur zu unterziehen. 11. Nov. 0,45 Neosalvarsan intravenös, 16. Nov. 0,60 Neosalvarsan intravenös, 20. Nov. 0,75 Neosalvarsan intravenös. Am 23. Nov. wurde eine Hg-Behandlung (Injektionen von 0,02 Quecksilberbenzoat jeden zweiten Tag in die Nates) begonnen und wird gegenwärtig fortgesetzt.

Das luetische Exanthem ist im Laufe der ersten 10 Tage verschwunden; Patientin behauptet, die Schwäche sei gänzlich verschwunden, und sie fühle sich seit mehreren Tagen so wohl, wie sie sich schon seit mehreren Monaten nicht mehr gefühlt habe.

Also, kurz gesagt, haben wir es in dem ersten Fall mit einem Mann zu tun, der, obwohl die Wassermannsche Reaktion dreimal, mit Abständen von je zwei Monaten, negativ ausfiel, seine Frau mit Lues infizierte oder bei derselben die Empfängnis eines syphilitischen Kindes veranlaßte (ich lasse hier die Frage nach der Pathogenese der konzeptionellen Lues unberührt), also offenbar noch syphiliskrank und ansteckungsfähig war; und in dem zweiten Fall liegt uns eine junge Frau vor, bei welcher, obwohl sie

Digitized by Google

ein luetisches Kind gebar und selbst deutliche Syphiliserscheinungen aufwies, die Wassermannsche Reaktion durchaus negativ ausfiel.

Beide Fälle bilden eine Bestätigung der Wertlosigkeit der negativen Wassermannschen Reaktion selbst bei wiederholtem negativen Ausfall.

Nicolas und Charlet [1]) haben bei 20 Luetikern systematische Reihen von Wassermannschen Reaktionen ausgeführt, d. h. die Reaktion während mehrerer Wochen oder Monate mehrmals (8 bis 20mal) mit einer gewissen Periodizität wiederholt und haben dabei eine Anzahl von unregelmäßigen Schwankungen der Reaktion beobachtet, die mit der Therapie keineswegs in Zusammenhang zu bringen waren und für welche eine Erklärung sehr schwerlich zu finden ist, wenn man diese nicht in besonderen Schwankungen der immunitären Prozesse suchen will, eine Erklärung übrigens, die sehr hypothetisch erscheint, wenn man in Betracht zieht, daß einige Autoren dazu neigen, der Wassermannschen Probe den Charakter einer immunitären Reaktion abzusprechen, so z. B. Segale [2]), welcher beobachtete, daß die Ozonisierung dem syphilitischen Blutserum komplementbindende Eigenschaften verleiht.

Die beiden genannten französischen Autoren schließen ihre Arbeit mit den Worten: «Nous ignorons ce qu'est la réaction de Wassermann. Nous ignorons ce que signifie la constatation dans le sérum des syphilitiques de ces substances, que nous n'appelons anticorps que pour employer la terminologie habituelle; nous ignorons absolument encore quel est le rapport entre ces «anticorps» constatables et les anticorps vrais existants ou l'antigène. Pour ces raisons de logique et à cause de nombreuses constatations nous ne pouvons consentir à mettre les renseignements donnés par la réaction de Wassermann, par une réaction de Wassermann surtout, qui nous renseignera sur l'un des états peut-être momentané, du reste, du sérum du malade, au dessus de l'enseignement des faits cliniques et de l'expérience: la réaction de Wassermann ne peut-être une guide thérapeutique de grande valeur.»

In diesem Sinne sprechen auch meine beiden Beobachtungen.

Therapeutische Versuche mit Sulfoform (Triphenylstibinsulfid).

Von

San.-Rat Dr. med. Alfred Sternthal, Braunschweig.

Unna [3]) unterschied beim Schwefel zweierlei Wirkungen auf die Haut, 1. eine schwache, die sich nur auf der Oberfläche der Horn-

---

[1]) J. Nicolas et L. Charlet, Variations de la réaction de Wassermann faite en séries chez les syphilitiques traités. Annales de Derm. et de Syph., 1912, pag. 605.

[2]) M. Segale, Il siero sifilitico ozonizzato acquista proprietà fissatrici per il complemento. Pathologica, 1911, No. 57, pag. 115.

[3]) Unna, Aphorismen über Schwefeltherapie und Schwefelpräparate. Monatsschr. f. prakt. Derm., 1883 Bd. 2, S. 330.

Digitized by Google

schicht abspielt, zu deren Verstärkung, Verdickung und Eintrocknung führt, kurz keratoplastisch sich äußert und 2. eine starke, die in die Tiefe geht, wobei die Hornschicht verdünnt wird, was sich klinisch als Hyperämie und Nässen der Hautoberfläche bemerkbar macht. Diese letztere Wirkung ist also eine keratolytische. Dieser verschiedene Erfolg der Schwefelanwendung ist abhängig von der Dosierung und der Zeitdauer der Einwirkung. Das eigentlich wirksame Agens sieht Unna in dem Schwefelwasserstoff, der sich aus dem Schwefel bildet, wenn dieser in Berührung mit der Haut ist. Diese Anschauung Unnas wird gestützt und bewiesen durch eine Arbeit von Golodetz[1]), der durch einwandfreie Untersuchungen feststellen konnte, daß die pathologisch veränderte Haut bei der Applikation von Schwefel Schwefelwasserstoff liefert. Brisson[2]) dagegen glaubte nachweisen zu können, daß die Wirkung des Schwefels auf der Haut auf Bildung von Schwefelsäure beruhe. Er glaubte weiter nachweisen zu können, daß der kolloidale den präzipitierten Schwefel ungefähr 25mal an „oxydativer Kraft" übertreffe. Auf dieser Brissonschen Anschauung basierte nun Dr. Ludwig Kaufmann in Berlin die Theorie für die Wirksamkeit eines neuen von ihm hergestellten Schwefelpräparates, das einen über 100mal größeren Effekt entfalten soll als der präzipitierte Schwefel. Das Triphenylstibinsulfid — dies ist der Name des neuen Präparates — hat nach Kaufmann[3]) den weiteren Vorteil, daß es absolut keine Reizerscheinungen auf der Haut hervorruft. Diese Reizlosigkeit soll dadurch bedingt sein, daß — wohlgemerkt immer im Sinne der Brissonschen Theorie — „die durch die Oxydation gebildete Schwefelsäure durch das gleichzeitig entstehende Stibinoxyd bzw. -hydrat gebunden wird".

Diese Eigenschaften, große Reaktionsfähigkeit des Mittels neben absoluter Reizlosigkeit, mußten es angezeigt erscheinen lassen, dasselbe zu therapeutischen Versuchen zu benutzen. Max Joseph hat denn auch als erster mit dem Sulfoform genannten Triphenylstibinsulfid Versuche angestellt und im Derm. Centralbl., 14. Jahrg., Nr. 1 und 2 eine Arbeit veröffentlicht, die durch ihre theoretischen Betrachtungen und praktischen Versuche dazu ermutigen sollte, mit diesem neuen Mittel weitere therapeutische Versuche bei Hautkrankheiten vorzunehmen.

Die theoretischen Grundlagen für die Verwendung des Sulfoforms,

---

[1]) Golodetz, Die Wirkungen des Schwefels auf die Haut. Med. Klinik, 1911, Nr. 28.

[2]) Brisson, Quelques considérations sur l'action du soufre en dermatologie. Ann. de Derm. et de syph., 1905, S. 639.

[3]) Ludwig Kaufmann, Über chemische und physiologische Eigenschaften des Triphenylstibinsulfid und Verhalten von Triphenylstibinsulfid im Tierkörper. Sonderabdruck aus Bd. 28, Heft 1 der „Biochemischen Zeitschrift".

Digitized by Google

die von JOSEPH eingehend dargestellt wurden, sind nun zweifellos nicht zu halten. Zeigen schon die Wörtchen „dürfte", „möglicherweise", „vielleicht" und „dürfen glauben", die die Zeilen schmücken, in denen gerade diese theoretischen Grundlagen befestigt werden sollen, daß wir uns auf ganz unsicherem Boden bewegen, so ist doch gerade durch die an die Spitze dieser meiner Mitteilungen gestellte UNNAsche Erklärung für die Schwefelwirkung und durch die experimentellen Beweise der UNNAschen Anschauungen durch GOLODETZ (l. c.) mit Sicherheit festgestellt, daß von einer Schwefelsäurewirkung nicht die Rede sein kann: Nicht Oxydation zu Schwefelsäure, sondern Reduktion zu Schwefelwasserstoff ist es, was die Wirkung des Schwefels bedingt.

Doch wenn auch die theoretischen Grundlagen, wie sie sich KAUFMANN und JOSEPH für die Wirkung des Sulfoforms ausgedacht haben, nicht richtig sind, so braucht man doch deshalb an den guten Wirkungen des Mittels selbst noch nicht zu zweifeln, und so bin ich zu praktischen Versuchen geschritten.

Das Sulfoform stellt weiße, vollkommene geruchlose Kristallnadeln dar und ist in isoliertem Zustande sehr beständig, dagegen gibt es in Lösung den an seinem Aufbau beteiligten Schwefel leicht in statu nascendi ab. In Ölen ist das Mittel leicht löslich, spaltet aber bei leichten chemischen Eingriffen und auch spontan nach längerem Stehen den Schwefel ab. Deshalb sollen die Lösungen nicht allzulange vor der Verwendung angefertigt sein.

JOSEPH hat das Mittel zunächst bei Alopecia seborrhoica benutzt. Er sagt hierüber (l. c.): „Ich habe aus meiner Erfahrung den Eindruck gewonnen, daß unter all den Mitteln, welche zur Beseitigung der Alopecia seborrhoica empfohlen sind, der Schwefel in erster Reihe steht und kein anderes Mittel sich an Wirksamkeit mit ihm vergleichen läßt. Er hat einen kurativen Einfluß, während alle übrigen hiergegen empfohlenen Medikamente, wie Tannin, Resorzin, Kantharidentinktur nur palliativ wirken. Unter diesen Umständen mußte es mir natürlich außerordentlich wertvoll sein, das KAUFMANNsche Schwefelpräparat gerade bei der Alopecia seborrhoica in Anwendung zu ziehen, und ich kann es Ihnen nach meinen Erfahrungen auf das wärmste empfehlen". Nun habe ich nach den Anweisungen JOSEPHS das Mittel sowohl in öliger Lösung wie auch nach dem Wunsche KAUFMANNS in alkoholischer Lösung und auch als Salbe benutzt. Aber nach anfänglich scheinbar guter Wirkung habe ich schließlich doch dasselbe gesehen wie bei allen Mitteln gegen die Alopecia seborrhoica. Sobald man mit der Behandlung, und sei sie auch Monate durchgeführt, aufhört, ist es das alte Lied: Die Schuppen kehren wieder, das Haar fällt weiter aus, und die völlige Lichtung der Haare ist schließ-

Digitized by Google

lich das Ergebnis unserer Bemühungen, das auch ohne jede Therapie eingetreten wäre. Ich kann mich daher dem Lobe Josephs nicht anschließen und sage, daß das Mittel bei Alopecia seborrhoica bisher nicht mehr leistet als die früher angewandten Präparate.

Ich habe nun auch versucht, das Mittel bei einer Reihe parasitärer Hautleiden zu verwenden und zwar teils für sich allein, teils, wie es auch sonst üblich ist, in Kombination mit anderen bewährten Mitteln. Bei diesen Versuchen leitete mich der Gedanke, daß es erwünscht ist, den Schwefel, der ja seit alters bei parasitären Hautleiden verwandt wird, in statu nascendi anzuwenden.

Vor allem habe ich nun das Mittel bei der Sycosis trichophytina und Sycosis non parasitaria geprüft. In den benutzten Salben wurde es vom Apotheker stets mit Olivenöl angerieben, in dem es sich, wie erwähnt, leicht löst, und die Haut wurde, jedesmal ehe neue Salbe oder Paste aufgelegt wurde, mit Paraffin. liquid. bestrichen.

Bei der Sycosis non parasitaria habe ich das Medikament zumeist in der Form der von Oskar Rosenthal angegebenen Tanninschwefelzinkpasta (5 : 10 : 100) benutzt. Des Vergleiches halber ließ ich die eine Hälfte der erkrankten Barthaut mit der alten Tanninschwefelzinkpasta verbinden, in der Sulfur praecipitatum enthalten ist, die andere mit einer Pasta sonst ganz gleicher Zusammensetzung, nur daß Sulfoform als Schwefelpräparat in sie eintrat. Hier zeigte sich tatsächlich das Sulfoform dem präzipitierten Schwefel überlegen. Die mit Sulfoform behandelte Seite wurde der Heilung rascher zugeführt. Doch blieb es uns auch hier nicht erspart, nach einigen Monaten Rezidive zu sehen, die ja allerdings nicht einmal bei Röntgenbehandlung völlig zu vermeiden sind. Wenn man also die Sycosis non parasitaria überhaupt mit Salben behandeln und nicht von vornherein zur Röntgenbestrahlung greifen will, die ja doch die beste und sauberste Behandlung eitriger follikulärer Erkrankungen bildet, so stellt das Sulfoform hier einen Fortschritt dar.

Bei der Sycosis trichophytina (Trichophytia profunda), die in unserer Gegend sehr häufig ist und gewöhnlich vom Vieh auf den Menschen verschleppt wird — wir sehen sehr oft die Lokalisation der Krankheit auf den behaarten Handrücken und Vorderarmen der Viehwärter und Hufschmiede — habe ich das Sulfoform als 20% Zinkpasta versucht, wie sie Joseph für Impetigo contagiosa-Behandlung angegeben hat. Doch kann ich nicht behaupten, daß das Mittel hier irgend welche besonderen Vorteile dargeboten hätte. Ich finde es am sichersten, die erkrankten Follikel mit Mikropaquelin auszubrennen und die Nachbehandlung mit 5% Salizyltrikoplast auszuführen, dem 5% Jothion zugefügt ist. Ich kann diese letztere Methode auf das wärmste empfehlen und

Digitized by Google

finde, daß das Jothion hier spezifisch wirkt. Bisweilen gibt es allerdings eine leichte Dermatitis, dann lege ich Salizyltrikoplast schwächerer Konzentration ohne Jothion auf und beginne nach einigen Tagen wieder mit der früheren Behandlung mit jothionhaltigem Trikoplast. So heilen sehr große Wucherungen in kürzester Zeit ab.

Dagegen war das Sulfoform bei Behandlung der Skabies sehr wirksam, sowohl in Form einer Sulfoformsalbe, in der es das Hauptmittel bildet, wie auch als unterstützende Beigabe zu der bekannten β-Naphtholsalbe. Ich habe bei Skabiesbehandlung weder im Krankenhause noch in der Privatpraxis irgend welche Reizerscheinungen oder Intoxikationen gesehen, auch nicht Albuminurien. Als Sulfoformsalbe verschrieb ich das Mittel nach der Vorschrift: Sulfoform 25,0, Kalii carbon 12,5, Vaselin 150,0; mit β-Naphthol nach der allgemein gebräuchlichen Formel: Naphthol β 15,0, Sulfoform Cretae praecip. āa 10,0, Sapon. virid. 50,0, Vaselin 100,0.

Beim parasitären Ekzem gab eine 10% Sulfoformzinkpasta mit Zusatz von 5% Pittylen stets eine auffallend rasche Heilung, die weder mit Pittylenpasta allein, noch mit einer gleichen, nur statt Sulfoform Sulf. praecip. enthaltende Pasta so glatt zu erreichen war.

Beim akuten nässenden Ekzem war ich mit dem Zusatz von Sulfoform etwas vorsichtiger. Ich benutzte es hier in Kombination mit der auch sonst von mir sehr bevorzugten Tumenolösypuspasta (Tumenolammon 4,0, Zinc. oxyd. alb. Oesyp. Ol. olivar. āā ad 100,0) in Stärke von 2—4%. Stärker wurde es nicht mehr vertragen. Einen Vorteil habe ich aber in dem Zusatz von Sulfoform nicht gefunden, da die einfache Tumenolösypuspasta ebenso gut und ebenso schnell diese Formen des Ekzems beeinflußte.

Dagegen hatte ich ganz besonders gute Ergebnisse beim chronischen trockenen Ekzem, vorausgesetzt, daß es nicht die kallöse Form desselben war. Namentlich wurde eines, das schon seit frühester Jugend bestand und von vielen Dermatologen und in mehreren Kliniken vergeblich behandelt worden war, in der Zeit vom 16. Januar bis zum 10. Februar 1912 geheilt, und seitdem blieb die Haut der Kranken in bester Verfassung. Die hier angewandte Pasta war folgendermaßen zusammengesetzt: Acidi. salicyl. 2,0, Tumenolammon-Sulfoform āā 4,0, Past. Oesyp. ad 100,0. Ich will nicht unerwähnt lassen, daß ganz ähnlich zusammengesetzte, doch Sulfoform nicht enthaltende Pasten vorher vergeblich versucht worden waren.

Beim squamösen Gesichtsekzem leistete mir folgende Vorschrift: Acidi. salicyl. 1,0, Pittylen 0,5, Sulfoform 2,0, Past. Oesyp. ad 50,0 ausgezeichnete Dienste.

Merkwürdigerweise wurde das Medikament in Form einer Zinkaufschwemmung mit Zusatz von 4% Sulfoform (lotio Zinci) nicht gut ver-

Digitized by Google

tragen, reizte stark und machte, wenn es nicht rasch von der Haut entfernt wurde, abundantes Nässen.

Versucht habe ich das Medikament auch zur Behandlung der Akne in Form der bekannten Schälpasten in Kombination mit Resorzin āā 1—5%. Auch hier übte das neue Präparat bei vergleichender Behandlung mit präzipitiertem Schwefel am gleichen Kranken eine wesentlich raschere Wirkung aus. Die Reizung war nicht stärker als zur Schälung der Haut beabsichtigt war.

Bei Pityriasis rosea war eine 20% Zinkpasta von rascher Wirkung.

Bei Impetigo contagiosa und simplex schließlich habe ich das Mittel als 2% Zinkpasta viel gebraucht. Gewöhnlich heilt die Erkrankung unter zwei gut angelegten Verbänden ab. Ich lege Wert darauf, daß diese Hauterkrankungen stets verbunden werden, da bei einfachem Aufstreichen der Pasten ein sehr viel längerer Zeitraum verstreicht, bis Heilung eintritt. Zu so starken Konzentrationen wie Joseph zu greifen (20% Pasten), hatte ich keine Veranlassung.

Nach diesen Erfahrungen kann ich sagen, daß das Sulfoform, wenn es auch bei längerer Erprobung nicht die Hoffnung erfüllt hat, daß es bei Behandlung der Alopecia seborrhoica eine Ära besserer Erfolge als bisher einleiten werde, doch bei manchen Erkrankungen der Haut sich tatsächlich den alten Schwefelpräparaten überlegen gezeigt hat. Es ist mithin bei diesen Erkrankungen die Verwendung des Sulfoforms zu empfehlen.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 14. Januar 1913.

Originalbericht von Dr. O. Sprinz-Berlin.

Der Vorsitzende Lesser widmete dem am 6. Januar verstorbenen Mitgliede der Gesellschaft Frank Schultz einen ehrenvollen Nachruf. Vergleiche den Nekrolog Seite 155 dieser Zeitschrift.

1. Arndt demonstriert einen 39jährigen Kranken, der an **Akanthosis nigricans** (Janowsky, Politzer) leidet. Die treffendere Bezeichnung für diese seltene Affektion ist **Dystrophia pigmentaria et papillaris** (Darier). Patient fühlt sich im allgmeinen wohl, doch hat er seit Bestehen des Leidens, etwa seit 6 Monaten, 30 Pfund an Gewicht verloren.

Von interner Seite wurde eine chronische Gastritis festgestellt. Stark und frühzeitig befallen waren Nacken, Genitalien, After, später auch die Schleimhäute. Die Haut-

Digitized by Google

veränderungen bestehen in einer schmutzig-bräunlichen Verfärbung und einer diffusen bzw. umschriebenen Hypertrophie des Papillarkörpers verschiedensten Grades. Neben der nur stärker betonten Felderung der Haut (Lichenifikation) finden sich stecknadelkopfgroße, weiche Erhebungen ähnlich dem Fibroma pendulum; in der Umgebung des Afters finden sich mehr blumenkohlartige, nicht pigmentierte Gebilde, wie spitze Kondylome. Die Zunge zeigt Risse und Furchen, die Wangenschleimhaut papilläre Wucherungen; ähnliche Veränderungen können auch die Konjunktiven, Kehlkopf- und Nasenschleimhaut aufweisen. Das Kopfhaar ist stark gelichtet, trocken und brüchig, ebenso die Bart- und Schamhaare usw. An den Handtellern besteht eine diffuse Hyperkeratose, die Handrücken sind frei. Patient litt an starkem Jucken, das therapeutisch gebessert wurde.

Die anatomischen Veränderungen bestehen in einer mächtigen Wucherung des Papillarkörpers, die Papillen sind verlängert und verzweigt, demzufolge auch das Epithel verbreitert. Akanthose ist zwar vorhanden, tritt aber an Bedeutung zurück. Das Pigment in der Basalschicht ist außerordentlich vermehrt. Die Papillen zeigen eine leichte Vermehrung der fixen Bindegewebszellen, die Kutis bisweilen eine Vermehrung der Melanoblasten. Bei dieser Affektion besteht häufig ein Zusammenhang mit malignen Neoplasmen der Abdominalorgane. Als Erklärung für diese Tatsache dachte Darier einmal an Autointoxikation ähnlich der Arsenmelanose. Bei dieser Annahme wäre aber die Seltenheit des Leidens (40 Fälle in der Literatur) nicht zu verstehen. Wahrscheinlicher ist die andere Erklärung, daß primäre oder sekundäre Geschwulstknoten auf den Bauchsympathikus drücken. Dieser Annahme entspricht auch der Obduktionsbefund. Schwierig bleibt nur die Erklärung der Akanthosis nigricans bei Kindern. Jaquet meint, daß auch gutartige Geschwülste einen solchen Druck auf den Sympathikus ausüben können, doch fehlt eine Bestätigung dieser Meinung durch Sektion. Spietschka sah nach operativer Beseitigung eines malignen Deciduoms die Akanthosis nigricans schwinden und nach einem Drüsenrezidiv wieder erscheinen.

2. Zuelzer: 2 Fälle von **Akrodermatitis atrophicans** (Herxheimer). a) 52jähriger Telegraphenbeamter bekam vor 2 Jahren zunächst auf den Handrücken juckende Stellen, die sich später bläulich verfärbten. Die Haut ist jetzt an den befallenen Partien trocken und leicht schilfrig. Die Haare sind zugrunde gegangen, die Venen treten stark hervor. Die Sensibilität ist erhalten, doch besteht eine erhöhte Empfindlichkeit gegen Traumen. Am linken Olekranon findet sich ein fünfmarkstückgroßer Herd mit gleichen Veränderungen, ebenso am rechten Fußrücken. Pirquet und S. R. negativ, hereditär und anamnestisch sonst ohne Besonderheiten.

b) 66jähriger Schneider erkrankte vor 20 Jahren an juckenden Flecken der Haut des linken Handrückens; hier findet sich jetzt die gleiche unter a) beschriebene Hautveränderung, welche sich peripher über dem Metakarpophalangealgelenk scharf abgrenzt. Die Krankheit verläuft im ersten Stadium unter dem Bilde der Hautentzündung. Ätiologisch kommt bei beiden Patienten vielleicht die durch den Beruf bedingte ständige Spannung der Haut als Schädigung des Gewebes in Betracht.

3. Jaffe: Eine 61jähr. Frau, die zudem an Pemphigus foliaceus leidet, bietet das seltene Bild einer **Atrophia maculosa cutis**. Symmetrisch befallen sind die Oberarme, Schultern, Achseln, z. T. auch der Rumpf und die unteren Extremitäten. Erbsen- bis talergroße Effloreszenzen finden sich teils im Niveau, teils unter dem Niveau der Haut, teils die Haut vorstülpend. Die Haut über den betroffenen Stellen ist seidig glänzend und wie Zigarettenpapier knittrig; man fühlt eine Lücke im Gewebe. Patientin hat die

Digitized by Google

Veränderungen vor 25 Jahren plötzlich bemerkt; das erythematöse Vorstadium wurde von ihr begreiflicherweise nicht beobachtet. Die Kranke entstammt einer tuberkulösen Familie; an ihrer rechten Stirnseite findet sich Schwellung und Rötung, aus einer Öffnung entleert sich Eiter. Pirquet stark positiv.

4. Pick als Gast: **Über Haarwanderung im menschlichen Körper.** Eingedrungene Fremdkörper machen unter dem Einfluß der Schwere Wanderungen, z. B. Projektile. Aber auch durch die Gewebsverschiebungen werden sie vorwärts getrieben, wie Fischgräten mit der Spitze voran. Infolge der glatten Oberfläche haften die Bakterien an ihnen nicht, so daß sie reaktionslos bleiben können. Eine gewisse, wenn auch geringe Starre ist für die Vorwärtsbewegung notwendig. Hansemann hat einen Fall mitgeteilt, wo ein Rohrblatt nach Perforation des Ösophagus im Mediastinum aseptisch eingeheilt war. Durch Verschlucken von Haaren entstandene Geschwülste, Trichobezoare genannt, finden sich im menschlichen und tierischen Magen nicht allzu selten. Daß aber Haare den Ösophagus durchbohren können, war bisher nicht bekannt. Um so merkwürdiger war der Obduktionsbefund bei einem 24jähr., an käsiger Pneumonie beider Lungenlappen verstorbenen Kranken. Im vorderen Mediastinum fanden sich Büschel von Haaren, teils dünner, teils dicker und teils heller, teils dunkler; ebenso fanden sich Haare in der Wand des Ösophagus, der Trachea und der Konvexität des linken Ventrikels. Die Haare stecken wie in Scheiden, frische reaktive Entzündungen lassen sich auch mikroskopisch nicht nachweisen. Der Verdacht, daß es sich um Haare aus einer Dermoidzyste handeln könne, bestätigte sich nicht. Dagegen stellte sich heraus, daß die Kranke bis zu ihrer Aufnahme ins Krankenhaus künstliche Locken hergestellt hatte. Bei dieser Arbeit wurden sicherlich Haare verschluckt, durchbohrten den Ösophagus und drangen ins Mediastinum. Nirgends aber findet sich eine Perforation oder Ulzeration. Die Lungenaffektion wirkte gewiß fördernd auf das Zustandekommen der Haarwanderung, indem der im Mund vorhandene, expektorierte Schleim die Haare umhüllte und die Hustenstöße die Haare fester in das Gewebe eintrieben. (Demonstration der konservierten Organe.) Pinkus hat einige der in den Organen vorgefundenen Haare mikroskopisch untersucht. Der Durchmesser betrug zirka 100 μ, während das Kopfhaar der Verstorbenen nur 91—53 μ hatte. Ferner enthielten die markhaltigen Haare keine Luft; das spricht dafür, daß chemische Prozesse auf das Haar eingewirkt haben müssen. Schließlich fanden sich an den Haaren noch schwarze Farbstoffpartikelchen. Der Unterschied des Querschnitts, der Luftmangel und der aufgelagerte Farbstoff sprechen dafür, daß die Kranke fremdes (billiges Chinesen-) Haar verschluckt hat. Nur ein zirka 81 μ starkes Haar könnte ihrer eigenen Kopfhaut entstammen. Man muß bei der Beurteilung, ob ein Haar einer bestimmten Person zugehört, sehr vorsichtig sein, da das Haar in verschiedener Querschnittshöhe andere Durchmesser hat. Einen viel besseren Maßstab liefert die Farbe, doch war in unserem Falle eine Unterscheidung durch die Farbe nicht möglich, weil wohl H_2O_2 zum Entfärben angewandt worden war.

Fachzeitschriften.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 7. November 1912.

1. Wahrscheinliche Mykose der Zunge mit wahrscheinlich sekundärem Epitheliom, von L. Brocq, Emm. Lévy u. Pautrier. Ein 68jähr. Patient bemerkte

Digitized by Google

vor $2^1/_2$ Jahren unter Brennen und Schmerzen das Auftreten von roten Herden an der linken Zungenseite, die häufig rezidivierten und von ihm stets mit dem Lapisstifte geätzt wurden. Allmählich entstand ein kleines Geschwür. Vor vier Monaten trat plötzlich ohne Fieber eine starke, derbe Stellung des Mundbodens und Halses auf, die sehr rasch suppurierte. Gleichzeitig verschlimmerten sich die Zungenerscheinungen rapid und es bildete sich eine große Ulzeration. Man fand die linke Zungenhälfte stark infiltriert, immobilisiert, bretthart, von einem großen Geschwüre eingenommen. Die übrige Zunge war sklerosiert und mammeloniert. Sprach dieses Bild absolut für ein Epitheliom, so stand das Aussehen der Drüsenschwellung damit nicht im Einklang. Es fand sich nämlich links eine starke, bläulichrote, teils erweichte und fistulierende Schwellung, die eher wie eine Mykose aussah. Kulturell wurde aus dem Eiter Sporotrichum gewonnen, histologisch gab die Zungenveränderung das Bild des Epithelioms. Durch Jodkaliumgebrauch waren die Erscheinungen inzwischen gebessert worden, so daß die Zunge viel beweglicher war. Ein zweiter Kulturversuch mißlang. Es wurde deshalb eine neuerliche histologische Untersuchung vorgenommen. Oberflächlich boten die Schnitte wieder das Bild des Epithelioms: in die Tiefe ziehende Epithelstränge, die teilweise Hornperlen bildeten. Aber in der Tiefe, in der Zungenmuskulatur fand sich eine Infiltration mit Bildung von Knötchen, die im Zentrum eine große Menge von Riesenzellen, an der Peripherie Bindegewebszellen, Lymphozyten, einige Plasma- und Eiterzellen enthielten. Diese zirkumskripte Infiltration konnte unmöglich als die reaktive Entzündung in der Umgebung eines Epithelioms angesehen werden. Die Verfasser sind daher der Ansicht, daß es sich um eine primäre Sporotrichose der Zunge handelte, zu der sich sekundär ein Epitheliom gesellte. Bemerkenswert ist der gute therapeutische Effekt von Jodkalium.

Darier berichtet über einen ähnlichen Fall.

2. Multiple Teleangiektasien bei einem Syphilitischen, von L. Brocq und E. May. 33jähr. Mann, der vor vier Jahren Syphilis akquiriert hatte; vor acht Monaten hatten die Teleangiektasien am rechten Arme begonnen und sich allmählich über den ganzen Körper ausgebreitet. Sie stellten sich dar als stecknadelkopf- bis linsengroße, unregelmäßige, rötliche Flecke und bestehen aus kleinen Gefäßverzweigungen auf weißem oder gelblichem Grunde. Manche haben in der Peripherie eine pigmentierte Zone, manche im Zentrum einen weißen narbigen Fleck. Durch eine spezifische Behandlung wurde keine Besserung erzielt; die Plaques schienen vielmehr progressive Tendenz zu haben.

3. Syphilitischer Primäraffekt der Oberlippe und des Zahnfleisches, von Hudelo und Bodineau. 22jähr. Patientin hatte auf der Oberlippe eine runde, mit Krusten bedeckte Läsion auf derber Basis. Über den linken oberen Schneidezähnen eine graurote halbmondförmige Erosion. Beträchtliche regionäre Drüsenschwellung.

4. Weiche Schanker der Finger, von Hudelo und Bodineau. Ein Mann mit einem weichen Schanker am inneren Vorhautblatte bekam am linken Zeigefinger auf der Basis einer Schnittwunde eine ovaläre, etwas erhabene Ulzeration mit unregelmäßigem, eitrigem Grunde und entzündlichem Rande. Der positive Bazillenbefund bestätigte die Diagnose Ulcus molle. Tags darauf entwickelte sich am rechten Mittelfinger eine furunkelähnliche Läsion, welche sich aber auch rasch in einen typischen weichen Schanker umwandelte.

5. Fall von infiltrierendem, tuberösem Syphilid des Gesichts und des Thorax, von Gaucher u. Lévy-Franckel. Die 55jähr. Patientin, die vor 26 Jahren einen Abort gehabt hatte, leidet seit 7 Jahren an den gegenwärtigen Veränderungen. Das Gesicht ist bis auf eine kleine Stelle der rechten Wange und das Kinn in toto von

Digitized by Google

zirzinär begrenzten, schinkenfarbigen Knoten eingenommen. Das Zentrum ist narbig verändert. Es besteht starkes Ödem und man sieht ferner zahlreiche, miliäre, gelbliche Zysten. Um den Rücken und die Brust zieht sich ein großer Herd von typischen tuberkulo-krustiösen Syphiliden.

6. Fall von Morphea alba, von F. Balzer u. Lamare. Die 27jähr. Frau bemerkte nach der Entwöhnung eines Kindes unter Pruritus erfolgendes Auftreten indurierter Herde; gleichzeitig trat starke Abmagerung ein. Es fanden sich auf der rechten Seite des Rückens drei unregelmäßige Herde mit einem bläulichweißen Ringe; das Zentrum ist grauweiß, gefurcht, schuppend. Beim Zutasten findet man eine oberflächliche Induration. Durch Schilddrüsenbehandlung wurde der Allgemeinzustand gebessert, die Herde blieben aber unverändert. Die einseitige Lokalisation der Krankheit, entsprechend den Austrittsstellen von Nerven, scheint den Autoren zugunsten einer trophoneurotischen Ätiologie zu sprechen.

7. Salvarsanfieber bei syphilitischen Nervenerkrankungen, von Lebredde. Verfasser unterscheidet zwei Typen der fieberhaften Reaktion nach Salvarsaninjektionen. Eine Reaktion, die von einer Injektion zur anderen trotz Erhöhung der Dosis abnimmt; diese kommt bei „banaler" Syphilis vor. Die andere Form besteht in einer rebellischen, bei jeder Injektion wiederkehrenden Temperatursteigerung, die von der Höhe der Dosis nicht beeinflußt wird. Diese kommt bei syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems vor. Tritt bei einem Kranken, der klinisch eine „banale" Syphilis hat, dieser Reaktionstypus auf, so muß der Verdacht auf eine Affektion des Nervensystems entstehen.

8. Typhoide Intestinalerscheinungen nach Neosalvarsan, von Lebredde. Ein 18jähr. Patient mit Sklerosen am Präputium, der $1^1/_2$ Jahre vorher eine schwere Enteritis durchgemacht hatte, bekam 0,3 Neosalvarsan und als diese Injektion gut vertragen wurde nach 5 Tagen 0,6. Es folgte hierauf eine allmählich ansteigende Temperaturerhöhung, am 3. Tage trat reichliches, galliges Erbrechen, Schmerzhaftigkeit des Leibes und Vergrößerung der Leber und Milz auf. Tags darauf zeigte sich ein masernähnliches Exanthem. Die Erscheinungen gingen in wenigen Tagen zurück. Verfasser glaubt, daß Patienten, die vorher Darmstörungen gehabt haben, zu solchen intestinalen Erscheinungen prädisponiert sind.

9. Zufälle bei Neosalvarsan. Technik und Dosierung, von Lebredde. Nach einer eingehenden Besprechung der üblen Folgeerscheinungen nach Neosalvarsaninjektionen kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: Es gibt wohl eine Anzahl solcher Nebenwirkungen, doch läßt sich ein großer Teil von ihnen erklären; genaueres Studium wird auch die anderen kennen und vermeiden lehren. Die von Schreiber empfohlene Technik ist zu verwerfen, weniger wegen der hohen Dosen, als wegen der rasch aufeinanderfolgenden Injektionen. Diese sollen wenigstens fünf Tage voneinander getrennt sein; die Dosen sollen denen des Salvarsans entsprechen, also mit 0,3 beginnend, jedesmal um 0,3 gesteigert werden. Höhere Dosen sollen nur bei rebellischer Syphilis des Nervensystems in Anwendung kommen. Die Lösung ist sofort nach der Herstellung zu injizieren. Die Kontraindikationen des Neosalvarsans sind dieselben wie beim Salvarsan, also Nephritiden, Myodegeneratio córdis, Alkoholismus, Magen- und Darmgeschwüre. Bei schweren Tabikern und Paralytikern soll es nur gegen Revers angewendet werden.

10. Wirksamkeit der merkuriellen Behandlung bei Klumpfuß und Genu valgum, von I. Audrain. Verfasser hat bei fünf heredosyphilitischen Kindern mit erworbenem Klumpfuß durch spezifische Behandlung bedeutende Besserung erzielt. Der Klumpfuß war durch Myositis des Trizeps erzeugt. Ebenso konnte er zwei erbsyphilitische Kinder mit einseitigem Genu valgum durch Quecksilber einer Besserung zuführen.

Digitized by Google

Diese Veränderung war durch Vergrößerung des Condylus internus des Oberschenkels bedingt.

11. Zwei Todesfälle nach Neosalvarsan, von J. Dabier. Ein 31jähr. kräftiger Patient mit einer acht Jahre alten Syphilis erhielt wegen rebellischer tuberkulo-vegetierender Syphilide der Arme innerhalb einer Woche 0,6, 0,75 und 0,9 Neosalvarsan intravenös. Am 3. Tage nach der letzten Injektion wurde er plötzlich, nachdem er einen Schrei ausgestoßen hatte, von epileptiformen Krämpfen befallen. Zungenbiß, Schaum vor dem Munde, Zyanose. Die Krämpfe legten sich, aber es trat völlige Bewußtlosigkeit ein; der Kranke war unruhig, die Reflexe gesteigert. Der Liquor war normal, stand unter erhöhtem Drucke. Unter zunehmender Temperatursteigerung trat tags darauf der Tod ein. Die Sektion ergab nur eine hochgradige Kongestion der Hirn- und Rückenmarkshäute.

Im anderen Falle handelte es sich um einen 20jähr., schwächlichen, leicht tuberkulösen Mann, der von seiner ein Jahr alten Syphilis hochgradige Rachenulzerationen hatte. Da er im Urin Eiweiß hatte, wurde zunächst von der Applikation von Neosalvarsan abgesehen. Doch verschwand ersteres bald und es wurde daher, zumal eine doppelseitige syphilitische Iritis aufgetreten war, innerhalb einer Woche 0,45, 0,75 und 0,9 Neosalvarsan injiziert. In der folgenden Nacht traten wie beim ersten Patienten nach einem initialen Schrei Krämpfe auf, die von einem tiefen Koma gefolgt wurden. Nach drei Tagen besserte sich der Zustand und der Kranke wurde klar. Nach zwei weiteren Tagen traten Erscheinungen von seiten der Lunge auf, denen der Patient acht Tage nach Beginn der bedrohlichen Symptome erlag. Die Autopsie ergab eine beiderseitige Pneumonie. Histologisch fand sich eine geringfügige Nephritis und fettige Infiltration der Leber. Verfasser glaubt, daß dieser Patient die nervöse Attacke überstanden hätte, wenn nicht die Pneumonie dazugekommen wäre.

D. bespricht hierauf die Ätiologie dieser Erscheinungen sowie die in der Literatur bekannten Todesfälle und kommt zu dem Schlusse, daß Neosalvarsan gefährlicher ist als Salvarsan. Die schweren Nebenerscheinungen sind offenbar durch eine Akkumulation des Mittels infolge Zersetzung und mangelhafter Ausscheidung bedingt. Da man noch keine Kriterien hat, um sie zu vermeiden, soll man alle Leute, die nicht völlig intakte innere Organe, speziell Leber und Nieren, haben, von der Neosalvarsantherapie ausschließen. Die Anfangsdosis soll 0,2—0,3 betragen; die zweite Injektion darf frühestens nach 5—7 Tagen erfolgen, wenn die erste gut vertragen wurde und die Arsenausscheidung durch den Urin normal ist.

12. Die Verunreinigungen des destillierten Wassers bei Salvarsaninjektionen, von Émery. Bei der Herstellung der Salvarsanlösungen kann man nicht genug Sorgfalt anwenden. Man muß die Destillationszeit genau überwachen, der Apparat soll aus hartem, am besten Jenenser Glas bestehen, das erwärmte Wasser darf nicht zu lange mit dem Behälter in Berührung stehen. Auf diese Weise wird man die üblen Nebenerscheinungen vermeiden können.

13. Notwendigkeit der Verwendung chemisch reinen Wassers bei Neosalvarsaninjektionen, von Lévy Bing. Verfasser bespricht zuerst kurz die Arbeiten über den Wasserfehler. Zu dessen Vermeidung empfiehlt er das folgende umständliche Verfahren: Das Wasser wird in einem Kupferkolben destilliert, dann 1‰ Normalsodalösung zugesetzt, durch den Chamberlandfilter in ein bei 180° sterilisiertes Gefäß aus Jenenser Glas filtriert und dann zur Entfernung des Sauerstoffs auf 60° erhitzt. Die Lösung soll unmittelbar vor dem Gebrauch ohne starkes Umschütteln hergestellt werden.

14. Syphilitische Reinfektion nach Salvarsan, von Lacapère. Ein Patient, der vor 5 Jahren einen vielleicht weichen, aber mit grauem Öl und Jodkalium behandelten

Digitized by Google

Schanker gehabt hatte, kam wegen indurierter Erosionen im Sulcus coronarius und auf dem inneren Vorhautblatte in Behandlung. WASSERMANN negativ, Leistendrüsenschwellung.

Er erhielt 4×0,3 Salvarsan innerhalb eines Monats. Die Erosionen verheilten, WASSERMANN blieb negativ. Etwa zehn Monate später kam er wieder mit einem makulösen, teils papulösen Exanthem mit einem Pigmentflecke am Penis, an dessen Stelle eine Erosion bestanden haben soll. Leistendrüsenschwellung, WASSERMANN positiv. (Die Reinfektion ist nicht sicher bewiesen; am wenigsten kann dies die Stärke der Komplementablenkung. Der Ref.).

15. Syphilitische Reinfektion nach intensiver Salvarsanbehandlung, von GASTOU u. H. SANGLIER-LAMARK. Ein 23jähr. Patient machte wegen Primäraffektes und Roseola folgende Behandlung durch: 24./10. 1911. 0,5 Salvarsan, 13./11. 05, hierauf Heilung. 30./1. 1912. 0,3, 6./2. 0,3, 17./2. 0,4; nachher wegen eines Exanthems auf der Brust 0,05 Kalomel intramuskulär. Dann am 30./3. 0,3 Salvarsan, 3./4 0,5, 12./4. 0,3, 20./4. 0,35, 29./4. 0,45; am 9./5. 0,45 Neosalvarsan, 20./5. 0,65. Am 11./7. WASSERMANN negativ. Am 4. September kam der Kranke mit einer Ulzeration am Penis wieder, in der sich Spirochäten fanden und die nach 23 Tagen von einer Roseola gefolgt war. Er hatte sich offenbar bei seiner Mätresse, die er früher angesteckt hatte, reinfiziert.

16. Infektion eines Heredosyphilitischen mit Syphilis, von GASTOU. Ein 30jähr. Mann mit Erbsyphilis (Periostverdickungen, Osteophyten; WASSERMANN negativ) kam wegen eines Geschwürs, in dem sich Spirochäten fanden und das seit 2 Tagen bestehen sollte. 2 Tage später trat eine generalisierte Roseola auf. Die Sklerose soll sich 8 Wochen nach der Infektion entwickelt haben.

17. Tuberkulose des Penis, von GASTOU u. GONTHIER. Der 25jähr. Patient bekam im Sulcus coronarius eine kleine derbe, schmerzlose Ulzeration. Gleichzeitig erschienen derbe Leistenbubonen, die erweichten und vereiterten. Das Geschwür vergrößerte sich; in der Umgebung entstand ein derbes Ödem, an das sich eine Reihe erbsengroßer Knötchen anschloß. Sowohl die bakteriologische wie die histologische Untersuchung ergab die Diagnose Tuberkulose.

18. Rasche Färbemethode der Spirochäten, von TRIBONDEAU. Das vom Verf. angegebene Verfahren ist eine Imprägnationsmethode. Die fixierten Präparate kommen der Reihe nach in eine Formolessigsäurelösung, Alkohol, Tannin, Silbernitrat, Ammoniak. Das Verfahren erscheint sehr umständlich.

19. Hämorrhagien bei Syphilis der Erwachsenen, von F. BALZER u. LAMARE. Ein 47jähr. Patient kam wegen primärer Syphilis in Behandlung; das erste Exanthem war ausgesprochen purpuraartig und war von Ödemen gefolgt, für die keine Ursache gefunden werden konnte. Bedeutende Besserung durch Hektin; 3 Wochen nach der Entlassung erfolgte eine heftige Blutung in den Glaskörper des linken Auges, die dessen Sehkraft fast völlig vernichtete. Die Verfasser glauben die Blutung auf die Syphilis zurückführen zu können. Diese Hämorrhagien sind aber bei hereditärer Syphilis häufiger als bei akquirierter.

20. Canities circumscripta, von W. DUBREUILH. Anführung einiger Fälle, bei denen es ohne vorhergehende Alopezie plötzlich zum Weißwerden umschriebener Stellen der Haare oder des Bartes kam. Dieses Phänomen hängt mit nervösen Störungen zusammen und kann in manchen Fällen als Äquivalent der Pelade aufgefaßt werden.

21. Einfluß der Schwangerschaft auf Psoriasis vulgaris, von PETRINI (Galatz). Eine 28jähr. Frau nimmt bei jeder Gravidität zu, während ihre Psoriasis völlig verschwindet. Nach der Entbindung nimmt sie ab und der Ausschlag erscheint wieder.

Digitized by Google

22. Angiomatöse, infiltrierte polymorphe Angiodermitis (ähnlich Lupus pernio und Sarkoiden), von PAUTRIER, L. FERNET u. FRANCOIS. Die 21jähr. Patientin wurde vor 2 Jahren zuerst am linken Handrücken von einem Erythem befallen; seither hat sich das Leiden allmählig ausgebreitet und hat hauptsächlich die peripheren Teile der Extremitäten befallen. Man findet auf den Händen unregelmäßige, mäßig scharf begrenzte, bläulichrote Erythemflecke, die auf Druck völlig schwinden; sie ähneln absolut dem Lupus pernio. Auf den Vorderarmen befinden sich etwas größere ähnliche Herde, die aber einer leichten Infiltration aufsitzen, links ein subkutaner, von orangefarbener Haut bedeckter Knoten, der dem subkutanen Sarkoid von DARIER gleicht. Auf den Unterschenkeln und Füßen ebenfalls erythematöse Herde, die an ersterer Stelle eine leichte zentrale Atrophie zeigen, während sie an letzterer derb, schwer haltbar, sklerodermaähnlich sind. Am rechten Fuße und Knöchel, wo die pseudosklerodermatischen Herde sind, sieht man auch 3 erbsengroße, warzige, mit dünner Epidermis bedeckte Efflorescenzen, die wie Angiome aussehen.

23. Tuberkulöse, schankriforme Läsion der Oberlippe, von PAUTRIER und FERNET. Bei der 26jähr. Patientin war rechts auf der Oberlippe ein Knötchen entstanden, das sich vergrößerte und ulzerierte und schließlich einen 50 Centimesstück großen, runden, graulichen, krustösen Substanzverlust mit erhabenem Rande und peripherem Entzündungssaume bildete. Das Aussehen und die Härte des Geschwürs sprachen für ein Epitheliom, während eine submaxillare Drüsenschwellung auf einen Primäraffekt hinwies. Da die Kranke aber Phthisikerin war, wurde eine histologische Untersuchung vorgenommen, die ein typisches tuberkulöses Gewebe mit Bazillen ergab; die Verimpfung auf Meerschweinchen war positiv. Die Kranke hat sich mit ihrem Sputum infiziert.

Richard Frühwald-Leipzig.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

Bd. 2, Nr. 6, 15. Dezember 1912.

1. Der sphygmorenale und der urosekretorische Koeffizient, von ALFRED MARTINET. Der sphygmorenale Koeffizient ist ein Indikator für die Stenose, Sklerose und Elastizität der Nierengefäße. Er schwankt beim Normalen entsprechend der physiologischen Vasokonstriktion und -dilatation in breiten Grenzen, bei Nierensklerose ist er infolge der Atresie und mangelnden Elastizität der Gefäße viel niedriger und konstanter. Der urosekretorische Koeffizient bezieht sich auf das Filtrationsvermögen des Nierenepithels, wenigstens hinsichtlich des Harnstoffes. Er erscheint bei normalen und kranken Individuen innerhalb kurzer Beobachtungszeit sehr konstant. Bei Nierensklerose gehen beide Koeffizienten parallel, da die schädigenden Einflüsse gleichzeitig auf das Epithel und die Gefäße wirken. Es gibt aber auch Fälle, wo die Alteration des Epithels und der Gefäße dissoziiert sind und infolgedessen auch sphygmorenaler und urosekretorischer Koeffizient divergieren. Einzelheiten müssen im Originale nachgelesen werden.

2. Wanderniere und Appendizitis, von V. HOURTOULE-Angoulême. Zusammenfassende Arbeit über Ätiologie und Pathogenese, Symptomatologie, Diagnose, Anatomie, Prognose und Behandlung. Die Arbeit ist zu kurzem Referate nicht geeignet. Es geht aus ihr hervor, daß Wanderniere und chronische Appendizitis häufiger zusammen vorkommen als angenommen wird.

3. Akuter Darmverschluß durch eine Zystenniere, von J. W. VAN BISSELICK. Ein 55jähr. Mann kam unter Erscheinungen des Ileus in Behandlung; man fand Schmerzhaftigkeit des linken Oberbauches und peristaltische Darmbewegungen. Durch eine Fistel

Digitized by Google

im Zökum wurden die bedrohlichen Erscheinungen beseitigt und es konnten in Ruhe die notwendigen Untersuchungen vorgenommen werden. Es fand sich ein ballotierender Tumor in der linken Nierengegend; bei der Zystoskopie fand man, daß die linke Niere nicht funktioniere. Es wurde operativ vorgegangen und es zeigte sich, daß links eine polyzystische Niere vorhanden war, in die eine Blutung stattgefunden hatte. Infolge der dadurch bewirkten Vergrößerung des Organs war das Colon descendens komprimiert worden und hatte so zu den Ileuserscheinungen geführt. Zum Schluß allgemeine Besprechung.

4. Mechanismus der chronischen Retention bei Prostatikern, von G. Li Virghi-Neapel. Alle Momente, die nur vorübergehend einwirken, können nicht die chronische Retention bei Prostatikern erklären; auch der Muskelapparat der Blase ist nicht erschöpft. Die vergrößerte Prostata trägt zur Retention bei, verursacht sie aber nicht. Diese ist vielmehr bedingt durch Läsionen der Fasern des Blasenhalssphinkters, durch die dessen Elastizität leidet; deshalb tritt selbst bei Vergrößerung der Prostata keine Retention ein, wenn der Schließmuskel keine histologischen Veränderungen aufweist. Wenn es gelänge, durch eine Operation den Sphinkter des Blasenhalses zu zerstören, würde sich die Prostatektomie behufs Beseitigung der Retention erübrigen. Die Retentionserscheinungen bei sogenannten „falschen Prostatikern" sind ebenfalls nur auf die Alteration des Sphinkters zu beziehen.

5. Beitrag zum Studium der Urethritiden, von E. Roucayrol u. Renaud-Badet. Bei einem Patienten mit chronischer Blennorrhöe entwickelte sich im Anschluß an eine Dilatationsbehandlung ein Prostataabszeß und ein Abszeß im linken Bizeps. Im Anschlusse daran weisen die Verfasser darauf hin, daß eine zu starke Lokaltherapie des Trippers zu schweren Allgemeinerscheinungen führen kann. Ferner loben sie die günstige Wirkung des Gonokokkenvakzins. Schließlich konstatieren sie, daß sie in diesem Falle einen Diplokokkus gefunden haben, der zwar dem Gonokokkus analog war, sich aber durch einige kulturelle Eigenschaften von ihm unterschied. Sie glauben, daß es sich um eine im Organismus erfolgte morphologische Änderung der Gonokokken handelt.

6. Hydatidenzyste, die sich in den Darm öffnete, von Nicolich-Triest. Eine Patientin, die seit zwanzig Jahren einen beweglichen Tumor der rechten Bauchseite hatte, der in der letzten Zeit wuchs, Schüttelfröste und Durchfälle verursachte. Vor 6 Jahren hatte sie ein langwieriges Lungenleiden, das erst heilte, als sie eine große Menge Hydatidenzysten aushustete. Auch jetzt fanden sich solche in den diarrhoischen Stühlen. Bei der Nephrotomie fand sich ein großer vereiterter Sack am unteren Nierenpole. Glatte Heilung.

7. Fremdkörper der Blase, von Henri Brin-Angers. Verfasser wurde zu einer Patientin gerufen, die seit zwanzig Jahren an vielfältigen unbestimmten Erscheinungen, Ermüdung, Schweißen, schmerzhaften Miktionen usw. gelitten hatte und wegen Tuberkulose behandelt wurde. Er fand sie in einem elenden Zustande, hochfiebernd, mit unaufhörlichem Drange nach Entleerung eines fötiden Urins. In der linken Inguinalgegend eine schmerzhafte Vortreibung, in der Blase wurde ein Stein gefühlt. Bei der Operation wurde ein riesiger Stein gefunden, der sich um einen Thermometer gebildet hatte; letzterer hatte allmählich die Blase durchbohrt und war in die Bauchmuskulatur eingedrungen. Glänzender Heilungserfolg.

8. Steine der Blase und des Ureters, von H. Vuillet-Lausanne. Ein Mann, der seit längerer Zeit Steinbeschwerden hat. Bei der Untersuchung fand sich kein Stein in der Blase, doch ließ sich radiographisch einer im linken Ureter nachweisen. Leichte Entfernung auf operativem Wege.

Digitized by Google

Ein 15jähriges Mädchen litt seit einem Jahre an Zystitis. Man fand eine inkrustierte Haarnadel.

9. Respektieren wir das Zylinderepithel der Urethra unserer Kranken und ihre Hoden, von JULES JANET. Verfasser wendet sich dagegen, daß in der Trippertherapie durch ätzende Mittel das Zylinderepithel, das die Harnröhre vor Infektionen schützt, in Plattenepithel umgewandelt wird, das viel leichter infizierbar ist. Die Komplikationen von seiten des Hodens müssen vermieden werden.

10. Behandlung der Zystitis mit Joddämpfen, von GASTON FARNARIER. Verfasser beschreibt einen Apparat durch den mittels Zersetzung von Jodoform in der Hitze Joddämpfe in die Blase getrieben werden, wo man sie einige Minuten beläßt. Mit dieser Methode hat er ausgezeichnete Erfolge bei Zystitis gehabt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

November 1912.

Zufälle von seiten des Harnapparates bei gravidem retroflektiertem Uterus, von ALEXANDER GULDJOGLOU-Konstantinopel. Wenn ein retroflektierter Uterus gravid wird, so wird er inkarzeriert und bedingt üble Folgeerscheinungen, die vor allem den Harnapparat betreffen. Dieser erleidet anatomisch-histologische Veränderungen und Deformitäten; durch diese entsteht eine Retention, die hinwiederum Zystitis bedingt. Diese kann gangränösen Charakter annehmen, die Blasenwände geben nach, und der Urin kann sich in die Bauchhöhle entleeren. Oder die Infektion schreitet auf die oberen Harnwege, die dilatiert sind, fort, so entsteht eine Pyelonephritis. Die Behandlung besteht zuerst in vorsichtiger Entleerung der Blase; dann wird der Uterus auf unblutigem Wege reponiert. Ist dies nicht möglich oder kontraindiziert (Blasenblutung, gangränöse Zystitis), greift man zur blutigen Methode. Hierauf muß der Uterus in seiner Lage fixiert werden.

2. Der inguinale Weg bei Operationen der Hüllen des Hodens und des Samenstrangs, von PHOCAS-Athen. Verfasser will bei Operationen am Genitale die Durchschneidung des Skrotums vermieden wissen, da dieses mit seinen zahlreichen Drüsen und Falten ein schwer sterilisierbares Operationsfeld ist. So operiert er die Varikozele folgendermaßen: Er macht einen Einschnitt entsprechend dem äußeren Leistenringe und zieht den Hoden am Samenstrange empor; dann durchtrennt er dessen Befestigung am Skrotum und befestigt ihn etwas höher an der Scheidewand. Auch bei Hydrozele zieht er den Hoden in eine Inguinalwunde und nimmt dann die typische Operation vor.

3. Die Behandlung der einseitigen Nierentuberkulose, von H. MINET-Paris. Verfasser ist zwar überzeugt, daß die von manchen Autoren beobachteten Besserungen durch Tuberkulin kein Zufall sind, dennoch will er für die einseitige Nierentuberkulose nur die Nephrektomie indiziert wissen. Denn die Resultate der Tuberkulinbehandlung sind noch zu unsicher, als daß man Patienten nicht der viel sichereren Operation zuführen dürfte. Das Tuberkulin bleibt für andere Tuberkulosefälle, z. B. absteigende Infektion nach Nephrektomie, reserviert.

4. Behandlung der Syphilis mit intravenösen Injektionen von Enesol in hohen Dosen, von THOREL. Verfasser appliziert Enesol intravenös und zwar jedesmal 6—8 ccm. Im ganzen verabreicht er 1,8—2,4 Enesol. Der therapeutische Effekt war ausgezeichnet. Nebenerscheinungen wie Fieber, Erbrechen, Erytheme waren vorübergehend.

Digitized by Google

Dezember 1912.

1. Antrittsvorlesung, von F. Legueu.

2. Blasenblutungen, von J. Fiolle u. P. Fiolle. Geringe Blasenblutungen vergehen oft ohne weitere Therapie, schwere können aber gefährliche Zustände schaffen, ebenso wie wiederholte leichte. Die Behandlung kann allgemein und lokal sein. In ersterem Falle kommt vor allem Morphium in Betracht; Ergotin ist zu vermeiden. Die Lokalbehandlung besteht in Instillationen von 1% Silbernitrat, in Spülungen mit heißem Wasser oder mit Antipyrinlösungen. Ferner können lokale Anästhetika in Form von Morphiumsuppositorien zur Anwendung kommen. Ist die Blutung schwer zu stillen, soll man die Blutgerinnsel mittels eines Katheters und einer Spritze aspirieren, oder man legt eine Dauersonde ein. In verzweifelten Fällen macht man die Zystostomie und kann eventuell die Blutung direkt angehen.

3. Die Behandlung der rebellischen rezidivierenden Blennorrhagien, von René Le Fur-Paris. Die rebellischen Blennorrhagien haben meist ihre Ursache in einer kongenitalen oder erworbenen Striktur, oder in einer Mißbildung (Hypospadie, Klappenbildung, enges Orifizium usw.), oder in einer Drüseninfektion. Die beste Behandlungsmethode ist die frühzeitige Dilatation mit Sonden oder Dilatatoren. Ein enges Orifizium ist zu erweitern usw.

4. Behandlung der Urethritis blennorrhagica mit Antimeningokokkenserum, von R. Salle. Verfasser hat in 3 Fällen mit Injektionen von 10 ccm Antimeningokokkenserum gute Erfolge gehabt. Richard Frühwald-Leipzig.

Revista española de Dermatologia y sifiliografia.

14. Jahrgang, Dezember 1912.

Behandlung der Acne vulgaris, des Rhinophyma und der senilen Warzen durch die physikalische Therapie und die kleine dermatologische Chirurgie, von Leopoldo Rodriguez F. Sierra-Santander. Akne: Der Verfasser empfiehlt Skarifikationen, Massage, Radium (bei einer Applikationsdauer von 15 Minuten soll man definitive Heilung in einer Sitzung erreichen) und Röntgenstrahlen (4 H alle 14 Tage). Letztere will er aber nur für bedeckte Hautstellen angewandt wissen.

Rhinophyma: Im Beginn der Erkrankung genügen einige alle Wochen wiederholte Skarifikationen. Gefäßerweiterungen werden mittels Elektrolyse (nicht über 2 MA.) zerstört. Galvanokauterisationen können damit kombiniert werden. Sehr ausgesprochene Formen werden mit dem Messer zurecht geschnitten, auch Röntgenstrahlen bilden eine Behandlung der Wahl. Der Verfasser macht zuerst eine Skarifikation und gibt unmittelbar darauf eine Dosis Röntgenstrahlen von 4 H mit 5/10 Aluminiumfilter. Dieses Verfahren wiederholt er alle 14 Tage. Auch Radium in Applikationen von 2 bis 3 Stunden ohne Filter nach vorheriger, gründlicher Entfettung des Applikationsgebietes gibt gute Resultate.

Senile Warzen; Hier empfiehlt S. das Radium, das 45 Minuten lang ohne Filter aufgelegt wird. Die Warzen verschwinden in 30 Tagen ohne zu rezidivieren.

A. Gunsett-Straßburg.

Revista Dermatologica Argentina.

4. Jahrgang, Nr. 4, 1912.

Das Salvarsan, von Baldomero Sommer-Buenos-Aires. Allgemeine Bemerkungen über Technik der Anwendung und Indikationen des Salvarsans.

Digitized by Google

Neosalvarsan, von Baldomero Sommer und Nicolas V. Greco-Buenos-Aires. Das Neosalvarsan zeigte dieselben günstigen therapeutischen Effekte als das Altsalvarsan bei allen Erscheinungen der Syphilis. Zur intramuskulären Injektion eignet es sich besser als das Altsalvarsan, da es leichter löslich ist und da der lokale Schmerz durch Novokain gemildert werden kann.

Über zwei Fälle von Purpura annularis teleangiectodes (Majocchi), von Pedro L. Baliña. Der Verfasser teilt den mikroskopischen Befund seiner Fälle mit. Im Rande der Läsion, dem sogenannten purpurischen und teleangiektischen Ring, fand er eine Gefäßerweiterung in der subpapillären Zone, in der Umgebung der Follikel und zwischen den Follikeln selber mit einer starken Leukozyteninfiltration um die Gefäße. In der Tiefe der Kutis fanden sich horizontale Züge von ebensolcher Infiltration, in deren Zentrum eine Kapillare mit einer aus einer einzigen Zellage bestehenden Wand lag. Von der Zelleninfiltration waren auch in hohem Maße die Talgdrüsen, weniger die Schweißdrüsen in Mitleidenschaft gezogen. In der untersten Kutiszone fanden sich ebenfalls Gefäßerweiterungen mit Infiltration, öfter auch hämorrhagische und Pigmentherde. In der zentralen Zone der Läsion war die Epidermis atrophisch, das Rete Malpighi reduziert, die Kutis sklerosiert mit einer Atrophie der Follikel und Talgdrüsen.

Ein Fall von Mykosis fungoides, von Neocle Ragusin. Kasuistische Mitteilung.

Behandlung mit Fibrolysin, von José A. Raices. Es werden drei Fälle mitgeteilt, in welchen das Fibrolysin bei Affektionen, deren anatomisches Substrat eine Bildung von sklerotischem Gewebe war, guten Erfolg hatte.

Pemphigus, von Nicolas V. Greco. Der Verfasser bespricht alle Hauterkrankungen, welche mit Blasenbildung einhergehen, und kommt zum Schlusse, daß die Bezeichnung Pemphigus allein für eine genau definierte Krankheit gebraucht werden darf, welche mit dem jetzigen Pemphigus vulgaris identisch ist. Höchstens existiert ein ätiologischer Zusammenhang zwischen dem Pemphigus acutus febrilis gravis, dem Pemphigus vulgaris und dem Pemphigus foliaceus.

Erwachsener mit Syphilis von 18 Monaten, welcher wahrscheinlich einen neuen Schanker akquiriert hat, von Pedro L. Baliña. Der Fall ist für eine Reinfektion oder für eine neue Haftung von exogenem syphilitischem Virus auf einem älteren Syphilitiker nicht beweisend.

Der Coitus interruptus als Ursache von Sexualneurasthenie, von Germán Anschütz. A. Gunsett-Straßburg.

Bücherbesprechungen.

Die Lepra in Sardinien, von Pio Colombini und Alberto Serra. (Cagliari, Tipogr. G. Dessi, 1912.) Der Inhalt des Buches bildet eine der internationalen Leprakonferenz 1909 gemachte Mitteilung und enthält die ausführlichen Krankengeschichten sämtlicher in Sardinien lebenden Leprösen, im ganzen 50 an der Zahl.

Der jetzige Stand der Lepra in Sardinien, von Alberto Serra. (Cagliari, Tipogr. G. Dessi 1912.) Seit der Publikation der eben erwähnten Arbeit sind von den 50 Fällen von Lepra 10 gestorben, hingegen wurden 7 neue Fälle entdeckt, so daß die Gesamtzahl momentan 47 beträgt. Die Krankengeschichten dieser 7 neuen Fälle werden ausführlich mitgeteilt. A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. Cutis.

Neue Skleromfälle aus Ostpreußen, von Gerber-Königsberg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 42.) Verfasser veröffentlicht kurze Krankengeschichten von drei noch nicht veröffentlichten Skleromfällen, wonach sich in Ostpreußen diese Krankheit von ihren ursprünglichen Herden Lyck und Marggrabowa konzentrisch auf die westlich angrenzenden Kreise Goldap, Loetzen und Sensburg ausbreitet. V. Caesar-Dresden.

Behandlung des Erysipels mit Jodtinkturpinselungen, von Binet-Nancy. (Prov. méd., 1912, Nr. 21.) Verfasser empfiehlt tägliche Einpinselung des erkrankten Bezirks und ihre gesunde Nachbarschaft mit: Tinc. jodi, Alcoh. absol. ää 30, Guajacol. cryst. 3. Vorher keine Reinigung der Haut! Hinterher einen abschließenden Watteverband. Die Haut schwillt ab und runzelt sich, schneller als ohne Pinselung.

Verfasser betont ausdrücklich, daß er auch bei schweren Fällen einen günstigen Einfluß dieser Behandlung beobachtet habe. Werther-Dresden.

Lymphangioplastik bei Elefantiasis, von W. N. Rosanow-Moskau. (Arch. f. Chir., Bd. 99, Nr. 3.) Bei einem 48jährigen Manne mit Elefantiasis des linken Beines machte der Verfasser eine modifizierte Anwendung der von Lanz-Oppel angegebenen Methode, indem er auf der äußeren Oberfläche des Oberschenkels und der hinteren des Unterschenkels rhomboidale Stücke der Haut ausschnitt. Durch das Ausschneiden der Haut und deren straffes Zusammenziehen durch Nähte wurde eine Kompression zur Beförderung der Lymphabflüsse erzielt; durch weite Freilegung der Aponeurose wurde die Möglichkeit einer größeren Anastomosierung zwischen den Muskeln und dem Unterhautgewebe gegeben. Mit Einpflanzung breiter Lappen des Unterhautgewebes zusammen mit dem breiten Blatt der Aponeurose in die Tiefe wurde eine Anastomosierung mit den tiefen und intramuskulären lymphatischen Gefäßen geschaffen.

Der Kranke wurde als arbeitsfähig nach Hause entlassen. Schourp-Danzig.

Die in den Provinzen Catania und Caltanisetta beobachtete Leishmaniose der Haut, von G. Pulvirenti-Catania. (Gaz. internaz. di med., chir., etc., 1912, Nr. 39.) Bericht über 6 Fälle. Die Diagnose wurde auf Grund der klinischen Charaktere und des mikroskopischen Befundes von Wrightschen Körperchen im Safte der Beulen (Ausstrichpräparate, Fixierung in Alkohol und Äther, Färbung nach Giemsa) gestellt. Es handelt sich bei allen um sporadische Fälle. Bei allen 6 Patienten hatte die Krankheit eine einzige Lokalisierung (während z. B. Laverau und Kalaissakis über 40, Barba über 60 und Lemasky sogar über 100 Beulen bei einem und demselben Kranken berichten).

Die Entwicklung der Beule erfolgt stets mehr oder minder in derselben Weise: Zuerst bildet sich auf der Haut ein kleiner roter Fleck, auf welchen der Patient erst nach mehreren Tagen durch einen mehr oder minder starken Juckreiz aufmerksam gemacht wird. Nach mehreren Wochen wird der Fleck erhaben. Nach 2—3 Monaten beginnt im Zentrum der bereits größer gewordenen Effloreszenz eine Exkoriation, welche sich mit trockenen dünnen Lamellen bedeckt. In der Umgebung dieser Exkoriation erfolgt eine Anschwellung des Gewebes und es entstehen Knoten von verschiedener Größe und teigiger Konsistenz. Nach 4—5 Monaten kommt es zu einer dritten Phase: die Beulen bleiben unverändert oder erfahren eine oberflächliche Ulzerierung, oder es entsteht ein kraterförmiges, torpides, sezernierendes Geschwür. Lokalisiert war die

Digitized by Google

Beule: 1mal auf der rechten Wange, 1mal am rechten Mundwinkel, 1mal in der linken Infraorbitalgegend, 1mal auf der rechten Ohrmuschel, 1mal auf der rechten Hälfte der Oberlippe, 1mal auf der linken Wange.

Bezüglich der Behandlung wurde im 1. Fall die Läsion exzidiert und es trat völlige Heilung ein, die nur eine lineare kaum sichtbare Narbe hinterließ; im 2. Fall führte die tägliche Bestreuung mit Kaliumpermanganatpulver nach 40 Tagen zur Heilung; im 3. Fall führte dieselbe Behandlung eine Besserung herbei, der Patient stellte sich aber nicht mehr vor; der 4. Patient heilte bei derselben Behandlung in 40 Tagen; im 5. Fall konnte die Behandlung nicht fortgesetzt werden, weil die Patientin nicht mehr zurückkehrte; der 6. Fall steht unter Behandlung. K. Rühl-Turin.

Über Mykosis fungoides, von Winkler-Ingolstadt. (Ztschr. f. Röntgenkunde, 1912, Bd. 14, H. 7.) Verfasser schildert die Krankheit in ihren Eigenarten und berichtet dann über einen mit Tumoren einhergehenden Fall, der schon gebessert in seine Behandlung kam, und bei welchem es gelang, durch Röntgenbestrahlung die Affektion völlig und wie er hofft dauernd zu beseitigen, da trotz Aussetzens der Therapie seit fast einem Jahre auch nicht die Spur eines Rezidivs aufgetreten ist.

Diagnose gestellt von Kopp-München, Therapie innerlich Arsen und Röntgenbestrahlung. Diese wurde zunächst ausgeführt von Rieder-München, dann von Lunkenbein-Ansbach, zuletzt vom Verfasser, welcher mit Polyphos-Therapie-Röhren bestrahlte in 30 cm Abstand in Serien von 4 Bestrahlungen anfänglich zu 8, später zu 4 Minuten mit 4wöchigen Pausen bei 1—1½ MA. und mittelharter Röhre (8 W.).

Beginn der Krankheit Juni oder Juli 1909, Schwinden der letzten Erscheinungen Ende 1910, bis Juli 1911 noch prophylaktische Bestrahlungen. Franz-Dresden.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Syphilitische Schanker des Augenlids und des Kinnes, von Rollet und Genet. (Lyon méd., 1912, Nr. 42.) Ein 22jähriger Mann hatte auf dem linken unteren Augenlide und auf der linken Seite des Kinnes je einen spirochätenhaltigen syphilitischen Primäraffekt. Beide waren mäßig induriert, letzterer mit Krusten belegt, ersterer rein. Die Eintrittspforte für das Virus mögen Aknepusteln gebildet haben.

Richard Frühwald-Leipzig.

Der syphilitische Schanker der behaarten Kopfhaut, von Georges Rabourdin. (Thèse de Paris 1912.) Fritz Loeb-München.

Chancre mixte, von G. Paramonoff. (Thèse de Paris, 1912.)

Fritz Loeb-München.

Studie über die postkonzeptionelle Syphilis und die hereditäre Syphilis, von Jean Bobrie. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Verschiedenes.

Sanitätsrat Dr. Hans Wossidlo in Berlin-Schönberg erhielt den Professortitel.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

15. Februar 1913 | Nr. 7 | Band 56

Aus der k. k. deutschen dermatologischen Klinik in Prag
(Vorstand: Prof. Dr. K. Kreibich).

Pustulös-hyperkeratotisches Exanthem bei gonorrhoischer Allgemeinerkrankung.

Von

Dr. Paul Sobotka, Assistenten der Klinik.

Das eigenartigste und am meisten charakteristische unter den Exanthemen, welche als Teilerscheinung gonorrhoischer Allgemeinerkrankung vorkommen, nämlich das „hyperkeratotische Exanthem bei Gonorrhöe“ (die „gonorrhoische Hyperkeratose“, „Keratosis blennorrhoica“ usw.), hat eine Zeitlang für recht selten gegolten. In den letzten Jahren aber hat es den Gegenstand einer ganzen Reihe von Veröffentlichungen gebildet, so daß die seit Vidals grundlegender Mitteilung (1893) beschriebenen Fälle bereits die Gesamtzahl 30 erreicht haben. Dabei spricht gerade die rasche Zunahme der in der letzten Zeit mitgeteilten Beobachtungen dafür, daß das Krankheitsbild anfangs noch oft genug unrichtig gedeutet worden ist. Ohne übermäßige Betonung des Seltenheitswertes mag daher hier ein Fall besprochen werden, der klinisch manches Bemerkenswerte bietet und in mehrfacher Hinsicht Anlaß gibt, auf gewisse in letzter Zeit erörterte Fragen einzugehen.

H. A., 24jähr. Chauffeur. Im Alter von 5 oder 6 Jahren Scharlach, sonst keine Krankheiten durchgemacht. Zu Anfang des Frühjahrs 1912, 2 Tage nach Geschlechtsverkehr, eitriger Ausfluß aus der Harnröhre, nur einen Tag lang dauernd, und etwas Brennen beim Urinieren. Der Kranke befragte keinen Arzt, sondern behandelte sich selbst mit täglich mehrmaliger Waschung der Eichel mittels Karbollösung. Nach acht Tagen hielt er sich für vollständig genesen und hat auch seitdem keinerlei Krankheitserscheinungen von seiten der Harnröhre mehr bemerkt. Seiner Beschäftigung lag er zunächst dauernd ob. Gegen Ende April hatte er in seiner Eigenschaft als Chauffeur nach anderweitigen Strapazen noch eine Reise von Leipzig nach Prag auf einem noch uneingefahrenen Automobil unter großen körperlichen Anstrengungen und bei schlechtestem Wetter zu vollführen. 2 Tage nach Beendigung dieser Fahrt (etwa 7 Wochen vor dem Eintritt in die Klinik) begann die gegenwärtig bestehende Krankheit. Unter heftigen reißenden Schmerzen, Fieber und Schüttelfrost schwoll das linke Fußgelenk an, 5 Tage darauf das rechte Kniegelenk. Nach 4 Wochen, während welcher Schwellung, Schmerzen und auch Temperatursteigerungen fortbestanden, wurde das linke Kniegelenk ergriffen, dann, in den letzten Wochen, das linke Ellenbogengelenk, das rechte Sprunggelenk, mehrere

Digitized by Google

der kleinen Gelenke an Händen und Füßen und in geringerem Grade noch eine Anzahl anderer Gelenke.

Vom 2. bis 16. Mai lag der Patient in einem der Prager Krankenhäuser. Nach seiner Angabe bekam er daselbst auf die beiden damals befallenen Gelenke, nämlich das linke Fußgelenk und das rechte Kniegelenk, Verbände mit einer schwarzen Salbe. In den allerletzten Tagen des Spitalaufenthaltes entstand unter dem Verbande am rechten Knie ein Ausschlag, bestehend aus einigen kleinen Herdchen, über deren Beschaffenheit der Kranke jedoch gar keine Angaben zu machen weiß.

Da die Schmerzen nicht nachließen, verließ der Patient nunmehr die Anstalt und begab sich in privatärztliche Behandlung. Er erhielt nun Verbände mit Perubalsam und essigsaurer Tonerde auf alle befallenen Gelenke. An den verbundenen Stellen — „infolge des Verbandes" — entwickelte sich allenthalben der Ausschlag; an den nicht verbundenen Körperteilen soll er erst später aufgetreten sein.

Am 13. Juni 1912 ließ der behandelnde Kollege den fast unbeweglichen Kranken, der zu Hause keine hinreichende Pflege fand, in die deutsche dermatologische Klinik aufnehmen.

Status praesens: Blasser, ziemlich magerer Mann, der den Eindruck eines Schwerleidenden macht. Die Unbeweglichkeit des Kranken, die Schwellung der Gelenke, das eigenartige Aussehen und die mächtige Ausbildung der Hauterscheinungen vereinigen sich zu einem ungewohnten und sehr eindrucksvollen Bilde.

Von den Gelenken sind stark angeschwollen, im ganzen nur mäßig gerötet, aber schon auf bloße Berührung schmerzhaft, beide Sprunggelenke, beide Kniegelenke, namentlich das linke (auf Balottement der Patella wurde wegen der großen Schmerzhaftigkeit nicht untersucht), ferner das linke Ellbogengelenk, das Gelenk zwischen Grund- und Mittelphalanx des rechten Mittelfingers; in geringerem Grade geschwollen und gerötet beide Großzehengrundgelenke, die Interphalangealgelenke des linken 3. und 4. Fingers, die Grundgelenke des linken 2. und 3. Fingers; schmerzhaft ohne Rötung und Schwellung oder bei geringer Rötung sind die Gegenden des Interphalangealgelenkes der rechten großen Zehe, beide Hüftgelenke, das rechte Schultergelenk, das Interphalangealgelenk des rechten Daumens.

Die Erscheinungen an der Haut sind durch weitgehende Symmetrie ausgezeichnet. Kleine Teile des Kopfes, dann aber besonders die distalen Anteile der oberen Gliedmaßen, fast die ganzen unteren Gliedmaßen, in geringerem Grade die vordere Rumpffläche, in hohem Maße der Rücken, endlich das Genitale sind von einem formenreichen Exanthem befallen. Ganz frei sind nur die Oberarme und der rechte Unterarm, ferner die oberen Teile der Brust. Die Haupttypen der Effloreszenzen sind folgende: Trübe Bläschen, nur eben bemerkbar bis kleinstecknadelkopfgroß, schon in ihren winzigsten Formen weißlich, in keinem Falle zugespitzt wie eine Akneeffloreszenz, vielmehr ähnlich wie Miliaria alba aussehend, von einem ganz feinen nicht erhabenen roten Saum umgeben; blasenartige Effloreszenzen, trüb rötlichgelb, stecknadelkopf- bis höchstens linsengroß, mehr oder weniger hoch, aber immer steil emporsteigend wie ein Molluscum contagiosum, in der Mitte scheinbar gedellt und dadurch wiederum sehr an Molluskum oder auch an eine Variolaeffloreszenz erinnernd, aber in Wirklichkeit nur selten mit einer eigentlichen Einsenkung versehen, vielmehr nur durch eine leichte bräunliche Wandverdickung in kleinerer oder größerer Ausdehnung abgeflacht; flache lentiginäre Formen, braunrot, kreisrund, kleinlinsengroß bis fast hellergroß, bestehend aus einer kreisrunden, etwas durchscheinenden Platte, die nur einen Bruchteil eines Millimeters dick ist, gegen die Mitte zu sich leicht erhebt oder einen etwas erhabenen Nabel besitzt, das Aussehen von Hornschicht oder exsudatdurchtränkter Hornschicht hat und von

Digitized by Google

einer nur einen halben Millimeter breiten trüb-blasigen Abhebung der Oberhaut, darüber hinaus von einem feinsten roten Saume oder aber statt des Blasensaumes von einer Zone abgehobener Epidermis umgeben ist; ganz ähnliche, etwa 1 cm große Herde, an deren hornig-exsudativer Decke sich zu äußerst ein flach aufgeworfener, kreisförmiger, runder Wulst, dann eine leichte kreisförmige Einsenkung und endlich eine scharf abgegrenzte zentrale Erhebung vom Aussehen eines großen eingelagerten Kornes unterscheiden läßt; ferner an Händen und Füßen Hornkegel von verschiedener Größe (mit höchstens hellergroßer Basis an den Händen, von viel größerem Umfange an den Füßen) und von verschiedener Steilheit (spitzigster Winkel am Gipfel etwa 100°, an den Füßen viel flacher), an ihrem Scheitel oft weißlich aufgeblättert, in der Regel gedrängt stehend und dann ganz und gar die Reliefkarte einer Gebirgslandschaft nachahmend; endlich dicke Borkenmassen, stellenweise ausgesprochen rupiös geschichtet. Nach dieser oder jener Richtung von den Hauptformen abweichende Effloreszenzen bestimmter Gegenden (im folgenden noch genauer geschildert), z. B. des Kopfes und Halses, der Glans penis, der linken Ellbogengegend, und deutlichste Übergänge zwischen den einander nahestehenden Typen gestalten das Gesamtbild noch bunter. — Den Inhalt der miliariaartigen Pustelchen bildet ein dünner feuchter Brei. Unter den lentiginären Hornschildchen, die nach der Abhebung nicht mehr braunrot, sondern gelbweiß aussehen, liegt eine leicht nässende, hell bräunlichrote, glänzende, wohl nur ganz oberflächlich infiltrierte Hautfläche, die nur in der Mitte entsprechend dem vorstehenden Nabel des Schildes eine ganz geringe glanzlose, unebene, fast samtartige Erhebung trägt. Ganz ähnlich, nur viel ausgesprochener papulös, dabei mit einer weißlichen schmierigen Masse belegt, ist der Boden unter den Effloreszenzen mit den scheinbaren Hornkörnern. Die Hornkegel, die sich an manchen Stellen ablösen lassen, erweisen sich keineswegs als solide Zapfen, sondern im wesentlichen als kappenartige Abhebungen der verdickten Hornschicht, bergen in dem Endstadium, in welchem wir sie an den Händen und Füßen beobachteten, in ihrem Innern nichts als Luft und sitzen auf junger, manchmal schon wieder etwas verdickter Epidermis, durch welche die Unterlage rot durchscheint; aber unter gewissen unregelmäßigen Wülsten der verdickten Hornschicht, die an den Fußrücken vorkommen und die den eigentlichen Hornkegeln schon nahe stehen, findet sich wiederum ein flaches linsengroßes Papelchen mit schmierig breiigem Belage.

Nach den einzelnen Körperteilen betrachtet, verhält sich das Exanthem folgendermassen: Am Kopfe, dessen Sinnesorgane und Schleimhäute bis auf eine ganz leichte Rötung der Bindehäute keine Besonderheiten aufweisen, finden sich hinter beiden Ohrmuscheln und an dem ausgesprochen seborrhoischen Haarboden, in beiden Schläfengegenden, dann auch an der rechten Seite der Nasenspitze eine geringe Anzahl verschieden geformter, nicht über zwanzighellerstückgroßer Gruppen aus einzelnen Elementen, welche ihrerseits Linsengröße nur ausnahmsweise übersteigen und sich teils als gelblich fettige Schuppenborken, teils als umschriebene rote, mit frischer Epidermis bekleidete Stellen darbieten. Ein paar Effloreszenzen an der linken Halsseite, die in ihren größeren Formen mehr als Linsengröße erreichen, erinnern noch stärker an diejenigen des Ekzema seborrhoicum. Am linken Ellbogen, sonst an keiner Körperstelle, besteht ein fleckiges Erythem im Umfange eines halben Handtellers. Ein wenig tiefer, an der Ulnarseite des Unterarmes, stehen 6 in einer Reihe angeordnete lentiginäre Effloreszenzen. An der linken Handgelenksbeuge finden sich mehrere Gruppen stecknadelkopfgroßer Pustelchen mit rotem Saum. Die linke Hohlhand samt den Beugeflächen der Finger, mit Ausschluß jedoch der Fingerspitzen und des Daumenballens, ist von einer 1 mm starken gelbbraunen Hornmasse bedeckt, die sich stellenweise ablöst und dann rötliche jüngere Epidermis freilegt; die Hornmasse läßt die normale Leisten- und Furchen-

Digitized by Google

zeichnung noch erkennen, in einem großen Teile des Gebietes aber ist sie gewulstet und erhebt sich zu Gebirgszügen aus ganz verschieden umfänglichen, 1—5 mm hohen, zusammenfließenden Hornkegeln. Der linke Handrücken, der frei ist von diffuser Hornschichtverdickung, trägt nur einige einzeln gestellte Kegel derselben Art, aber alle Fingerrücken und Fingerseitenflächen sind mit mächtigen Zügen und Gruppen von ihnen ausgestattet. Am Handrücken finden ferner sich unter stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgroßen Effloreszenzen alle Übergänge zwischen den miliariaartigen Pustelchen und den mehr molluskumähnlichen Gebilden. Die rechte Hand — der Arm ist vollkommen frei von Exanthem — und ihre dreigliedrigen Finger weisen an ihrer Beugefläche nur eine mäßige Verdickung und Braunfärbung der Hornschicht ohne sonderliche Unebenheiten auf. Dagegen besteht am ganzen Daumen, mit Ausschluß der Fingerbeere, eine geradezu knorrige Einscheidung durch Hornmassen und Hornkegel, die hier stark von Exsudat durchtränkt zu sein scheinen. An der Streckseite der Hand und der Fingerspitzen sitzen einige der miliariaartigen und der molluskumartigen Herdchen und einzelne Hornkegel. — Der Stamm trägt unmittelbar nach außen von der linken Mamilla einen mittelgroßen Hornkegel; in der mittleren Bauchgegend finden sich in der Umgebung der geröteten und leicht infiltrierten Nabelgrube ein paar mohnkorngroße Pustelchen, ferner etwa 16 der lentiginären Effloreszenzen. Mit eng gedrängten Formen der letzteren Art, die in großen Gebieten völlig verschmelzen, ist der Rücken so dicht bedeckt, daß kaum irgendwo eine fünfkronengroße Fläche frei bleibt; stellenweise sind die Horndecken bereits abgestoßen. Gegen die Gürtelgegend zu sind die Effloreszenzen offenbar jünger, und es macht der geschilderte weißliche Blasensaum gegenüber dem bräunlichen flachen oder seicht eingedellten oder aber dunkelbraunen und etwas erhabenen Zentrum den Hauptteil aus. Diffus erkrankt ist die Haut auch am Schamberg; ein roter Entzündungssaum umschließt die hornige, hier aber exsudatdurchtränkte Decke. Am Skrotum liegen wie an den ihm entsprechenden Teilen der Oberschenkel intertriginös nässende Flächen vor, an der Haut des Penis gleiche Effloreszenzen wie am Mons veneris, jedoch schon in Abheilung und Schuppung begriffen. Die Vorhaut ist etwas eng, leicht geschwollen, gerötet; ihr Innenblatt und die Glans penis zeigen eine außerordentlich große Zahl kleinerer oder größerer und im letzteren Falle buchtig begrenzter, fast herpesartig zusammenfließender Substanzverluste mit roter nässender Fläche, welche von weißlich mazerierter Epidermis ohne erkennbare Verdickung der Hornschicht begrenzt ist; hervorgegangen sind diese Substanzverluste sichtlich aus weißlichen durchscheinenden Knötchen, die mit den „Pustelchen" große Ähnlichkeit haben. — An den unteren Gliedmaßen sind die Streckflächen des rechten Oberschenkels und die beiden Unterschenkel fast völlig frei, an den übrigen Teilen finden sich nebeneinander fast alle vorbeschriebenen Effloreszenzen, die trüben zentral abgeflachten Blasen, lentiginäre Herde mit übrigens wenig ausgeprägtem Blasensaum und nicht ganz scharfer Begrenzung, kegelförmig aufragende Gebilde mit Fransensaum, der ihre Vewandtschaft mit den lentiginären deutlich macht, endlich Hornschildchen mit kornartiger zentraler Erhebung. Die Streckfläche des rechten Knies trägt neben Herden aller dieser Formen Gebilde eigener Art: bis guldengroße, austernschalig geschichtete Borken, die, offenbar durch frühzeitige Verschmelzung mit anderen, selbst Nierengestalt annehmen können, ganz ähnlich Rupia syphilitica, mit breitem Fransensaum, schmutzig graugelblich gefärbt vielleicht durch die angewendeten Salben. Mit vereinzelten kleineren, aber gut $^1/_2$ cm emporragenden rupiösen Effloreszenzen und Hornschildchen mit besonders stark sich heraushebenden kornartigen Zentren sind auch die Fußrücken dicht bedeckt, mit Ausnahme der ganzen Metatarsalgegend und äußeren Tarsalgegend. Die Seitenflächen der linken Großzehe tragen Hornwülste und Hornkegel mit abgehobenem Epithelsaum, die Zehenrücken des

Digitized by Google

rechten Fußes zahlreiche grieskorn- bis stecknadelkopfgroße Pustelchen mit schon beginnender Verdickung und Abflachung der Decke. — Sehr beträchtlich sind die Veränderungen an den Fußsohlen. Linkerseits ist die Hornschicht gelbbraun, rissig, an den Fußrändern unregelmäßig aufgeblättert. Sie erhebt sich an den beim Stehen und Gehen unterstützten Stellen zu einer Anzahl großer, ziemlich umschriebener Buckel von dunkelbrauner Farbe. Mehrere solche Buckel, zwanzighellerstückgroß, bilden eine Reihe quer über den Vorderballen des Fußes hinweg. Ein guldengroßer Kegel, der einen zentralen und einen exzentrischen Gipfel besitzt, mit seiner Höhe von 8 mm unter allen am meisten emporragend, sitzt im hinteren Anteil des äußeren Fußrandes; 2 kleinere begrenzen quer den Fersenballen nach vorne zu. An der rechten Fußsohle, an der die allgemeine Verdickung der Hornschicht nur gering ist, bestehen ganz ähnliche umschriebene Bildungen; kegelförmige und wulstige Hornschichtverdickung an den unteren Flächen der Zehenendphalangen, eine quere unebene Vorwölbung unter den Köpfchen der Metatarsen mit einem höheren Hornbuckel am 1. Metatarsophalangealgelenke, ein vielgipfeliger Höhenzug entlang des äußeren Fußrandes, je ein flacher in die Umgebung verlaufender Hornberg am inneren und äußeren Fersenrande machen hier die Hauptzüge des Bildes aus. — Die meisten Nägel an Händen und Füßen sind durch eine hornige Verdickung des Nagelbettes an ihrem freien Rande abgehoben und zum Teile schon gelockert.

Beschwerden verursacht das Exanthem dem Kranken nicht.

Zwei kleinen pustelartigen Effloreszenzen vom linken Handrücken wurde Inhalt entnommen und im Aufstrich untersucht. Es fanden sich vorzugsweise Leukozyten, spärliche Lymphozyten, in mäßiger Zahl Epithelzellen, keine Mikroorganismen.

Der Inhalt eines der Molluskumherdchen vom rechten Unterschenkel bestand fast ausschließlich aus Zelldetritus; wo noch eine Zelle erhalten war, war es eine Epithelzelle. Keinerlei Mikroorganismen.

Außer der Haut und den Gelenken fanden sich Krankheitserscheinungen noch am Herzen und zwar in Gestalt eines systolischen Geräusches, das am deutlichsten an der Herzspitze zu hören, auch zu fühlen war. Herzgrenzen nicht verbreitert, Puls 96, kräftig, regelmäßig. An den Lungen nichts Besonderes. Milz nicht vergrößert. Die tastbaren Lymphdrüsen nicht geschwollen. Temperatur erhöht (Genaueres sieh später).

In dem gesamten Krankheitsbilde konnten nur einige der Veränderungen an der Haut, nämlich besonders die rupiös-serpiginösen Effloreszenzen am rechten Knie, doch auch andere, an denen der Blasensaum nicht hervortrat, im ersten Augenblick an Lues erinnern; genaue Betrachtung der Farbe, der Oberflächlichkeit und des hornigen Grundcharakters des Ausschlages, Zusammenfassung der Erscheinungen an allen befallenen Organen ließen keine andere Diagnose zu als diejenige einer gonorrhoischen Allgemeinerkrankung, deren Hauterscheinungen in Gestalt des sogenannten hyperkeratotischen Exanthems auftraten.

Von Exanthemen, die sich im Gefolge einer gonorrhoischen Affektion der Harnröhre einstellen können, unterscheidet man ja seit Buschkes (1889) grundlegender Zusammenfassung gewöhnlich 4 Formen, von denen freilich im Einzelfalle eine die andere nicht vollkommen ausschließt, nämlich 1. einfache Erytheme, 2. urtikarielle Exantheme und solche von der Art des Erythema nodosum, 3. hämorrhagische und bullöse Exantheme

Digitized by Google

und 4. Hyperkeratosen. Die letzteren bieten, zumal in ihrer fast regelmäßigen Vereinigung mit gonorrhoischen Erkrankungen an anderen Organen, besonders mit multiplen subakuten, meist sehr schmerzhaften, nur ausnahmsweise (Rost) zur Versteifung führenden Arthritiden und mit Konjunktivitiden ein überaus typisches Krankheitsbild.

In unserem Falle waren zugleich mit der allgemeinen Decke das Endokard und nicht weniger als 17 Gelenke befallen; an der Haut selbst waren alle wesentlichen Züge nachzuweisen, die das hyperkeratotische Exanthem und zwar seine verallgemeinerte („disseminierte", Bärmann, S. 364) Form kennzeichnen: die Ausbildung von Hornscheiben und Hornkegeln, welche, solange der Prozeß nicht im Rückgange ist, Stellen zarter roter Haut oder etwas erhabene, auch leicht papilläre Effloreszenzen decken, die Symmetrie des Exanthems, seine kräftige Entwicklung an den Händen, besonders deren Beugeflächen, und an den Füßen, vorzugsweise den Fußsohlen und namentlich wieder an den Druckstellen, endlich eine nahe verwandte Erkankung der Oberfläche der Glans penis. Eine Besonderheit, und zwar eine systematisch äußerst interessante, die noch ausführlicher besprochen werden muß, bot vor allem das Vorhandensein so zahlreicher Bläschen und Blasensäume dar, ohne jedoch das Gesamtbild grundsätzlich zu verändern.

Gerade die Diagnose „gonorrhoisches Exanthem" mußte zu einer Reihe weiterer Untersuchungen auffordern.

Aus der Urethra zunächst war spärliches dünneitriges Sekret auszupressen; es fanden sich darin Eiterzellen, auch Epithelien, nicht reichliche Mikroorganismen verschiedener Art, keine Gonokokken. Harnbefund: I. fast staubförmig getrübt mit Flocken; II. etwas weniger trüb. In den Flocken eine ziemlich reichliche Mikroorganismenflora, an späteren Untersuchungstagen auch typische, intrazelluläre, gramunbeständige Gonokokken, zuweilen in reichlicher Menge. Nebenhoden und Prostata stets ohne Besonderheiten. — Im Harn kein Eiweiß, kein Zucker.

Die Untersuchung des Blutserums, gleich am Aufnahmstage vorgenommen[1]), ergab folgendes:

Wassermannsche Reaktion auf Syphilis negativ.

Komplementbindung mit Gonokokkenvakzine in Gestalt von Arthigon:

Arthigon	0.05	0.1	0.15	0.2
Inaktiviertes Patientenserum	0.2	0.2	0.2	0.2
Ergebnis:	—	++	++	+++

Das Ergebnis des Komplementbindungsversuches erwies die Anwesenheit von Gonokokken im Körper, streng genommen allerdings nicht mit unbedingter Sicherheit das Vorhandensein einer allgemeinen Infektion, da auch schon Urethritis posterior — allerdings die akute, die in unserem Falle nicht vorlag — Komplementbindung geben kann (O. Lederer).

Es kann hier vorweggenommen werden, daß Versuche, aus dem Blute den Gono-

[1]) Für die Anstellung der beiden erforderlichen Reaktionen bin ich Herrn Kollegen Hecht zu vielem Danke verpflichtet.

Digitized by Google

kokkus zu züchten, am 18. VI. und am 30. VI. (notgedrungenerweise gerade am Tage nach der 2. Arthigoninjektion) unternommen, negatives Ergebnis hatten.

Der Krankheitsverlauf wurde durch die Therapie sehr wesentlich beeinflußt. Die Urethritis totalis des überaus wehleidigen Schwerkranken zögerten wir anfangs energischer anzugehen, eingedenk auch der Warnungen der älteren Schule vor instrumenteller Harnröhrenbehandlung bei Vorhandensein von Trippermetastasen. Als wir dann, wie das neuerdings auch Zieler (S. 15 d. S.-A.) dringendst empfiehlt, eine vorsichtige örtliche Behandlung begannen und zwar nach der besonders schonenden Methode von Schindler (Atropinzäpfchen rektal; Kokainanästhesie der Harnröhre, Injektion mehrerer Spritzen von Protargol in steigender Konzentration in die hintere Harnröhre), erreichten wir nach einigen Wochen Heilung der Urethritis ohne jede nachteilige Einwirkung auf das Allgemeinbefinden. Im Vordergrunde indessen mußte für das ärztliche Eingreifen neben und sogar vor der Endokarditis die äußerst qualvolle, schlafraubende und den Allgemeinzustand höchst ungünstig beeinflussende Gelenkentzündung stehen. Das zuerst angewandte Atophan (kürzlich von Arning gegen die gonorrhoische Arthritis empfohlen) erzielte in dreitägiger Anwendung von allerdings anfangs etwas geringen Dosen (4×0.5, 5×0.5, 6×0.5 pro die) nicht den mindesten Erfolg und auch intravenöse Kollargolinfusionen (1% nach Gennerich), 3.0, 6.0, 7.0, 7.0 an aufeinanderfolgenden Tagen, vermochten trotz gleichzeitiger Anwendung der so oft wirksamen Bierschen Stauung nur im Beginne die Schmerzen vielleicht etwas herabzusetzen; dagegen bewirkten wir durch die Arthigontherapie (zusammen 13 intramuskuläre Injektionen, langsam steigend bis 1.8; 3—6tägige Pausen) anfänglich zwar hohe Temperatursteigerungen (1. Injektion 0.3, darauf Anstieg der Temperatur von 38° auf 40° in etwa 6 Stunden, Pulsfrequenz bis 136), aber zugleich merkliche Besserung und dann trotz gelegentlicher kleiner Rückfälle im Laufe von 8 Wochen unter gleichzeitiger Fortsetzung der Stauungsbehandlung immer fortschreitende Verminderung der Schmerzen und der Gelenkschwellungen, schließlich nach 4 Monaten normale Funktion aller Gelenke mit Ausnahme mehrerer der kleinen Fingergelenke und des linken Kniegelenkes, welche spontan nicht vollständig gebeugt werden konnten. Die weitgehende Muskelatrophie, welche vornehmlich den linken Unterschenkel betraf, war in dem letztgenannten Zeitpunkte immerhin soweit gebessert, daß der Rekonvaleszent sich am Stocke fortbewegen konnte. — Parallel mit den Erscheinungen der Arthritis waren diejenigen der Endokarditis unter dieser Behandlung ganz allmählich zurückgegangen, nach etwa 3 Monaten war am Herzen nichts Pathologisches mehr festzustellen. Die Temperatur, die übrigens durch die spezifische Therapie fast regelmäßig für 1 oder 2 Tage eine erhebliche Steigerung erfuhr, hielt sich in den ersten 3 Wochen zwischen 37.1 bis 37.4 morgens und 38.0 bis 38.6 abends, dann sanken ganz allmählich erst die Morgentemperaturen, später die Abendtemperaturen gegen die Norm hin; erst in der neunten Woche wurde 38.0 nicht mehr erreicht, in der zehnten 37.5 nicht mehr überschritten; vollkommen normal wurde das Verhalten der Körperwärme erst in der 13. Woche.

Für die Behandlung der Hauterkrankung ist nach allgemeiner Anschauung die Beeinflussung des Gesamtleidens das Wesentliche. Wir sahen vom ersten Tage an sich an einzelnen Stellen einen Rückgang der Veränderungen vollziehen, an den meisten aber noch ein Fortschreiten. Über die Fülle der Erscheinungen kann im folgenden nur auszugsweise Bericht erstattet werden.

1. und 2. Beobachtungswoche: An den Händen beginnen sich die Hornmassen zu schälen und sind binnen einer Woche von der etwas geröteten, aber trockenen Unterlage vollkommen abgelöst. Auch die serpiginösen Borken des rechten Kniegelenkes stoßen sich bald ab. Dagegen erfolgen anfangs täglich wieder Nachschübe von Pustelchen

Digitized by Google

an den befallenen Stellen und in ihrer Umgebung, bald an den Unterschenkeln, bald am linken Knie, oberhalb der linken Handgelenksbeuge, am linken Handgelenksrücken, dorsal oberhalb des rechten Handgelenkes, besonders aber innerhalb und außerhalb des Erythems in der linken Ellbogengegend, später an der Brust. Kleinste Pustelchen wachsen, werden stecknadelkopfgroß, flachen sich ab, indem sie ein braunes Zentrum gewinnen und der Blasensaum erhalten bleibt, sinken zu trockenen rotbraunen Scheibchen ein oder bilden — so besonders am linken Handgelenk — jene scheinbaren Körner, die allerdings nicht mehr so charakteristisch geraten wie die bei der Aufnahme beobachteten und die Größe eines großen Stecknadelkopfes nicht mehr überschreiten; an anderen Stellen, besonders am linken Knie, fließen die Pustelchen miteinander zusammen, bilden trübe Bläschen und Blasen und trocknen dann ohne deutliche Hornbildung ein. Im ganzen hat sich der Ausschlag ausgebreitet, aber im wesentlichen seine Beschaffenheit beibehalten. — Da die ersten Herde des Exanthems zum Teil unter Perubalsam-Verband und essigsaurer Tonerde aufgetreten sein sollen, ist an einer Stelle des linken Oberarmes zu Versuchszwecken ein ganz kleiner Verband gleicher Art angelegt worden; er wird nach vier Tagen abgenommen und es findet sich an der behandelten Stelle ein lebhaft rotes Erythem, das mit einem unregelmäßigen, rauhen, teils dichteren, teils mehr zerstreuten Belage weißlicher Schuppen bedeckt ist. Ganz dieselbe Erscheinung in der rechten Oberarmbeuge, die zur Vorbereitung der Kollargolinjektionen wiederholt mit Benzin und Sublimat gereinigt worden und nach den Injektionen unter Trockenverband gehalten worden ist.

3. Woche: An der Beugeseite des linken, weniger des rechten Ober- und Unterarmes sind ohne äußeren Zusammenhang mit den künstlich erzeugten Hautveränderungen und erst mehrere Tage nach ihrer Entwicklung großfleckige, zusammenfließende, gesunde Stellen aussparende Erytheme aufgetreten, wie sie vorher nur in der linken Ellenbogengegend angedeutet waren. In ihrem Bereiche wandeln sich Pustelchen — fortan ohne eigentliches varioliformes Stadium — in borkig-hornige Effloreszenzen oder Hornkegelchen um, aber auch die erythematöse Haut selbst bedeckt sich mit festsitzender, etwas durchscheinender, dicker Hornschicht, in der sich kleine aber deutliche Hornkegel ausbilden. Auch außerhalb der Erythems an den Armen immer noch neue Pusteln mit feinem roten Saum. Am linken Handgelenk, weniger in der Hohlhand, psoriasisartige mäßige Schuppung. An der rechten Hohlhand neuerdings wieder schöne Hornkegel. Mehrere Finger und Zehennägel haben sich abgestoßen.

Anfang der 4. Beobachtungswoche: Auch an Stirn, Wangen, beiden Ohrmuscheln umschriebene Rötung und Schuppung. Die alten Herde an der Vorderfläche des Stammes vergrößert, ohne Bläschensaum, psoriasisartig. In der Umgebung eine Menge stecknadelkopfgroßer und größerer, zum Teil zusammenfließender Papelchen, stark silberglänzend, unter den Schuppen lebhaft braunrot, im ganzen doch stärker exsudativ als Psoriasis, zum Teil sicher aus Pustelchen entstanden; der ganze Schamberg von silberglänzenden Schuppen bedeckt. Die untere Hälfte der Oberschenkel, das obere Drittel der Unterschenkel eingemauert in eine dicke psoriasisartige Schuppenmasse, die in mächtigen silberweißen Schalen abzublättern beginnt und in der noch Hornkegel zu erkennen sind. Gegen das Genitale zu an den Oberschenkeln ein Feld diffuser Hautveränderung, aus mattroten Papelchen mit schuppender Spitze zusammengesetzt, beziehungsweise sich in solche auflösend, auch unregelmäßige Züge und Ringe bildend, anscheinend schon etwas tiefer infiltriert. Ganz unregelmäßige Hornmassen, die sich an den Fußrücken abstoßen, tragen an konkaven Stellen ihrer Unterfläche schmierige weißliche Massen und legen eine teils trockene, teils feuchte Fläche frei, an welcher den größten Hornerhebungen linsengroße und noch größere unebene, zum Teil gleichfalls schmierig belegte

Digitized by Google

Papelchen entsprechen. In den nächsten Tagen werden durch indifferente Salbenverbände die restlichen Hornmassen an den unteren Gliedmaßen abgelöst; es erscheint allenthalben eine rote, nicht nässende, etwas schuppende Fläche, in der Farbe lebhaft an seborrhoisches Ekzem erinnernd. — Am Rücken und Gesäß sind viele Hornscheiben abgefallen, die ganze Fläche ist überzogen von einer glänzenden, rissigen Schuppenkruste.

Ende der 5. Woche: Auch die Herde an der Brust von seborrhoischem Aussehen, am Gesicht die ganze rechte Ohrgegend und die angrenzenden Wangenteile bedeckt von einer kalkartigen Kruste, über deren Ränder leichte Infiltration und Rötung hinausgeht, um sich in stecknadelkopfgroße Knötchen aufzulösen. Links dasselbe weniger ausgebreitet. Rechts an der Nase stecknadelkopfgroße gelbe Knötchen, zum Teil zu Bogenlinien geordnet. — Veränderungen an der Glans penis sehr gebessert.

Ende der 6. Woche: Die Herde im Gesicht weiter vergrößert, mit stärkerer Krustenbildung als bei so wenig akutem seborrhoischen Ekzem. Auch die Brustherde vergrößert, unregelmäßig gestaltet, mit Schuppenbelag, der sich in fettigen Lamellen abstößt.

Ende der 8. Woche: Veränderungen an der Glans penis fast geheilt. An Stamm und Gliedmaßen und im Gesicht seit einer Woche status idem.

Ende der 9. Woche: Keine neuen Effloreszenzen. Allenthalben mit Ausnahme der Arme und Hände Rötung und Schuppung im Abnehmen, ihre Grenzen enger; am Bauche die Effloreszenzen ringförmig abheilend.

Mitte der 10. Woche: In den letzten Tagen kein Verband mehr, nur Zinkpaste. Lebhafter gerötet nur noch die Arme, nirgends mehr Schuppung. An vielen Stellen überhaupt nichts mehr von der Erkrankung zu sehen. Die abgestoßenen Nägel wachsen nach. — Nur durch die Atrophie der Unterschenkel und die Bewegungsstörung des linken Kniegelenkes wird der Patient noch im Krankenhaus festgehalten.

Wie dieser Status und Dekursus lehren, verdient unser Fall schon vom schlichten Standpunkte der ungewöhnlich mächtigen Ausbildung seiner Symptome eine gewisse Hervorhebung. Das gilt noch nicht so sehr von den Gelenkerkrankungen wie von den Hautveränderungen. Im Stadium der höchsten Entwickelung der letzteren war nahezu die gesamte Körperoberfläche vom Exanthem eingenommen und es waren nur Teile des Kopfes und Halses, die Schultergegend und Teile der Brust und des Bauches, endlich die Gegend unterhalb der Leistenbeugen von dem Ausschlage frei geblieben; allerdings handelte es sich dabei nicht allenthalben um Erscheinungen, die dem Haupttypus des Leidens, dem hyperkeratotischen, vollkommen entsprachen, sondern es waren ausgebreitete, rein erythematöse und eigenartig papulös-ekzemähnliche, schwer in das Buschkesche Schema einzureihende Veränderungen mit ihnen vergesellschaftet. Soweit mir die Literatur zugänglich ist, finde ich nur in Rosts Falle III eine annähernd ähnliche Flächenentwicklung der Hauterscheinungen bei im wesentlichen hyperkeratotischem Exanthem. Auch die Beteiligung des Gesichts und Haarbodens bildet einen nichts weniger als gewöhnlichen Befund. Der Charakter übermäßiger — und dabei nicht normal ablaufender — Hornbildung war übrigens bei diesen etwas eigenartig aussehenden Effloreszenzen vollkommen gewahrt: zwei abgelöste

Digitized by Google

Borken oder Schuppen von der rechten Seite der Nasenspitze erwiesen sich zusammengesetzt aus stark vermehrten kernhaltigen Hornlagen, zwischen welchen Exsudatzellen, anscheinend vorzugsweise geschrumpfte, zerfallende Leukozyten, eingeschlossen waren. Indes soll die Seltenheit von hyperkeratotischen Krankheitsherden im Gesicht nicht übertrieben werden, und wenn eine Arbeit aus dem Jahre 1911 die erste Beobachtung von Befallensein des Gesichtes und behaarten Kopfes zu bringen vermeint, so ist darauf hinzuweisen, daß schon der Entdecker und allererste Beschreiber der „éruption généralisé et symétrique de croûtes cornées d'origine blennorhagique", nämlich VIDAL, derartige Befunde erhoben hat.

Ein etwas weitergehendes Interesse als das bloß kasuistische mögen indessen mehrere andere Einzelheiten unseres Falles beanspruchen. Dazu gehört zunächst die starke Wirkung gewisser äußerer Reize auf die Haut. Ganz normale Haut antwortet auf Verbände mit Perubalsam und essigsaurer Tonerde nicht mit einem lebhaften Erythem mit auffallend starkem rauhen Schuppenbelag, noch viel weniger aber haben wir in anderen Fällen von Kollargolinjektionen, die stets an aufeinanderfolgenden Tagen und nach sorgfältiger Reinigung mit Benzin oder Äther und Sublimat vorgenommen wurden, jemals eine bemerkenswerte Hautreizung gesehen. Die Entstehung dieses erythematösen, aber doch schon durch vermehrte Hornbildung ausgezeichneten Exanthems stimmt vollkommen zu der bereits wiederholt, so auch in der Anamnese unseres Falles festgestellten Tatsache, daß hyperkeratotisch-gonorrhoische Exantheme ihren Ausgangspunkt von einer irgendwie gereizten oder von einer mit Verbänden bedeckten Hautstelle nehmen (CHAUFFARD & FIESSINGER, ROST, STANISLAWSKI), nicht minder zu der von CHAUFFARD & FIESSINGER in einem Fall gemachten Beobachtung, daß eine Akne, die sich unter der BIERschen Staubinde gebildet hatte, hornige Kuppen bekam; sie weist darauf hin, daß Hautreize in Fällen von gonorrhoischer Hyperkeratose besonders geeignet sind, auch Effloreszenzen von sozusagen niedrigerem Grade hervorzubringen. (Schluß folgt.)

Über Syphilis mit verstecktem Primäraffekt.

Von

Privatdozent Dr. JOHAN ALMKVIST, Stockholm.

Daß es bei besonderen Zufällen eine wirkliche Syphilis d'emblée, d. h. Syphilis ohne Primäraffekt gibt, scheinen mir die Arbeiten von JULLIEN (1900), WAELSCH (1909, der Fall 4) und BETTMANN (1910,

Digitized by Google

der zweite Fall) erwiesen zu haben. Diese sicheren Fälle von Syphilis d'emblée sind aber insgesamt nur 4, und alle betreffen Ärzte, welche sich bei einer Operation durch Stiche in einen Finger infiziert haben. Ob eine Syphilis d'emblée auch bei gewöhnlicher Infektionsart, d. h. bei Infektion ohne Durchstechung der Haut vorkommen kann, finde ich sehr fraglich. Von anderen, als Syphilis ohne Primäraffekt beschriebenen Fällen, habe ich in der Literatur insgesamt 23 gefunden, nämlich: 1 Fall von Havas (1894), 2 Fälle von Cardier (1894), 3 Fälle von Verchère (1894), 2 Fälle von J. Müller (1898), 1 Fall von Marschall (1899), 1 Fall von Heuss (1901), 1 Fall von Reiss (1901), 1 Fall von Cozanet (1903), 1 Fall von Blaschko (1904), 2 Fälle von Jakowlew (1905), 1 Fall von Emery (1906), 3 Fälle von Waelsch (1909), 1 Fall von Magian (1909), 1 Fall von Bettmann (1910), 1 Fall von Covisa (1910), 1 Fall von Papée (1911).

Die Beschreibungen dieser 23 Fälle finde ich doch nicht für eine Syphilis ohne Primäraffekt beweisend. Die vier erst erwähnten Fälle von Syphilis d'emblée sind gerade deshalb beweisend, weil die Infektionsstellen bekannt waren und man hier das Nichtauftreten eines Primäraffektes bis zum Ausbruch des Exanthems folgen konnte. Kennt man aber die Infektionsstelle nicht, ist es ungeheuer schwer, vielleicht kaum möglich, einen Fall als Syphilis d'emblée mit Sicherheit hinzustellen, denn der Primäraffekt kann so sitzen, daß er für die gewöhnlichen Inspektions- und Palpationsuntersuchungen unentdeckbar ist. Es scheint mir deshalb möglich, daß der Primäraffekt in vielen von den erwähnten 23 Fällen nicht fehlte, sondern nur versteckt blieb.

Um dies zu beleuchten, erlaube ich mir hier einen Fall mitzuteilen, wo die Syphilis, trotzdem ich den Patienten während des Primärstadiums beinahe täglich beobachtete, erst beim Ausbruch des Exanthems entdeckt wurde, und wo der Primäraffekt bei der folgenden Untersuchung nicht mit Inspektion oder Palpation, aber doch durch eine besondere Untersuchungsmethode gefunden werden konnte.

20jähriger Korrespondent, welcher in Konkubinat mit einer jungen Dame seit $1^1/_2$ Jahren lebte, hatte am 2. September 1912 zufälligerweise Koitus mit einem unbekannten Straßenmädchen. Einige Tage später bemerkte er eitrigen Ausfluß aus der Urethralmündung und ging zu einem internen Arzt, den er persönlich kannte.

2. X. 1912 kam er zu mir mit zahlreichen Gonokokken im Urethralsekrete und apfelgroßer Epididymitis dextra. Unter Behandlung mit Suspensorium besserte sich die Epididymitis sehr schnell. 8. X.—6. XI. täglich von mir mit Janetschen Spülungen behandelt. Während dieser Zeit waren keine der Syphilis verdächtige Veränderungen zu beobachten. 8. XI., 11. XI., 16. XI. Untersuchung des Urethralsekretes, wobei keine Gonokokken zu finden waren. 18. XI. kam Patient wieder wegen einer balanitischen Reizung. Er hatte 17. XI. einen Koitus mit Kondom ausgeübt. Bei der Untersuchung zeigte sich die Glans und das innere Blatt des Präputiums gerötet, angeschwollen und mit

Digitized by Google

eitrigem Belage, aber trotz einer genauen Untersuchung waren keine Erosionen und keine Spur von Indurationen zu entdecken. Das Urethralsekret bestand aus Schleim, Eiter und Plattenepithel, enthielt aber keine Gonokokken. In den Inguen einige ungefähr erbsengroße harte Lymphdrüsen. Behandlung: 18. XI. Dermatol, 19. XI. Umschläge mit Burows Lösung. 21. XI. Die Balanitis hat sich nur unbedeutend gebessert. Keine eines Primäraffekts verdächtigen Veränderungen waren am ganzen Penis zu finden. Behandlung: 1%ige Resorzinsalbe. 25. XI. Der Zustand kaum gebessert. Präputium kann nur mit Schwierigkeit über die Glans zurückgezogen werden. Die Urethralmündung ist unbedeutend ödematös angeschwollen. Behandlung: Dermatol. 26. XI. Patient erwähnt, er habe am Stamme einen Ausschlag bemerkt. Bei der Untersuchung zeigte sich über den ganzen Stamm und den oberen Teilen der Extremitäten eine ziemlich dichte, gleichmäßig ausgebreitete, kleinfleckige Roseola. In der linken Leiste 1 bohnengroße und 2 kaum erbsengroße, in der rechten 3 ungefähr erbsengroße, nicht schmerzhafte harte Lymphdrüsen ohne Periadenitis. In der Mund- und Nasenhöhle, am Anus, in den Hand- und Fußsohlen, im Kapillitium nichts zu bemerken. Trotzdem, daß der ganze Körper genau untersucht wurde, war keine wegen eines Primäraffekts verdächtige Veränderung zu finden. Die Balanitis hatte sich etwas gebessert. An der Glans und am Präputium ebensowenig eine Veränderung zu finden, die als Primäraffekt gedeutet werden konnte. Die unbedeutende, ödematöse Anschwellung an der Urethralmündung ließ mich an Urethralsklerose denken. Die beiden Lippen der Urethralmündung waren aber in gleichem Grade angeschwollen und bei Palpation der Urethrallippen war keine Spur von Induration zu fühlen. Ebensowenig war bei Palpation der ganzen Urethra eine auch noch so unbedeutende harte Stelle zu finden. Bei dieser Palpation trat aber ein spärliches, schleimig-eitriges Sekret in der Urethralmündung hervor. Nachdem ich die Mündung mit sterilem Wasser gereinigt hatte, konnte ich durch stärkeren Druck aus der Urethra ein ziemlich dünnes, etwas blutig gefärbtes Sekret herauspressen. In diesem Urethralsekrete waren ziemlich zahlreiche typische Spirochaetae pallidae nachzuweisen. Eine endoskopische Untersuchung wurde aber von dem sehr empfindlichen Patienten in bestimmter Weise verweigert. Blutprobe wurde entnommen und die folgende Wassermannsche Untersuchung zeigte vollständige Hemmung (+ + +). 27. XI. Die Urethralmündung etwas mehr geschwollen, was Patient als eine Folge der gestern vorgenommenen, ihm sehr schmerzhaften Spirochätenuntersuchung erklären wollte. Behandlung: Intramuskulär Merkuriolöl 45% 0,15 cm³ (= 0,10 gm Hg). 30. XI. Die ödematöse Anschwellung der Urethralmündung verschwunden. Die Balanitis bedeutend gebessert. Im Urethralsekrete bei wiederholter Untersuchung spärliche typische Spirochaetae pallidae. Das Exanthem vermehrt, hat teilweise einen papulösen Charakter angenommen und sich über die ganzen oberen Extremitäten ausgebreitet. Behandlung: Intravenöse Salvarsaninjektion 0,3 g. 1. XII. Nach der Salvarsaninjektion Herxheimers Reaktion mit hohem Fieber und einmaligem Erbrechen. 2. XII. Exanthem kaum verändert. Bei endoskopischer Untersuchung, welche Patient jetzt erlaubte, zeigte sich die Oberfläche der Schleimhaut im hinteren Teile der Pars anterior urethrae ganz normal. Als ich aber mit der endoskopischen Tube die Mitte des vorderen Teiles passiert hatte, war die Schleimhaut hier erodiert und starr, so daß sie sich nicht in Falten legte, und zahlreiche punktförmige Blutungen traten beim Zurückziehen der Tube immer hervor. Als ich mich aber bei der Untersuchung der Fossa navicularis näherte, nahm die Schleimhaut ein normales Aussehen an. Auch in der Fossa navicularis war die Schleimhaut ganz normal. Im Blute von den Erosionen konnte ich keine Spirochäten finden. Behandlung: Intramuskulär Merkuriolöl 45% 0,15 cm³ (= 0,10 g Hg).

Digitized by Google

Nachher wurde die kombinierte Behandlung mit Hg und Salvarsan fortgesetzt. Am 12. XII. war das Exanthem verschwunden und bei endoskopischer Untersuchung am 17. XII. konnte man von den Erosionen nichts sehen. Die Lymphdrüsen hatten sich am Schlusse der Hg-Kur am 31. XII. etwas verkleinert.

Es handelt sich also hier um einen Fall, welcher am 2. September mit Gonorrhöe und Syphilis infiziert wurde, während der langen Gonorrhöebehandlung beinahe täglich unter ärztlicher Beobachtung stand, ohne daß ein Primäraffekt entdeckt werden konnte und etwa 3 Monate (85 Tage) nach dem infizierenden Koitus ein makulopapulöses Exanthem bekam. Bei der nachfolgenden genauen Untersuchung zeigte sich kein durch Inspektion oder Palpation nachweisbarer Primäraffekt, das Urethralsekret enthielt aber typische Spirochaetae pallidae und in der Harnröhre hinter der Fossa navicularis fand sich eine bedeutende, leicht blutende, begrenzte Erosion.

Daß diese Erosion wirklich den Primäraffekt vorstellte, ist wohl höchstwahrscheinlich. Das Vorkommen von typischen Spirochaetae pallidae im Urethralsekrete beweist nämlich ganz sicher, daß syphilitische Effloreszenzen in der Harnröhre vorhanden sein müssen, und da es sich um eine größere, wohlbegrenzte Erosion, und nicht um mehrere diffus zerstreute handelte, wäre es doch eigentümlich, wenn diese Erosion sekundärer Natur sein sollte. Daß in dem bei den endoskopischen Untersuchungen aus der Erosion entnommenen Blute keine Spirochäten nachgewiesen werden konnten, beweist nichts gegen die syphilitische Natur der Erosion, denn der Patient hatte schon sowohl Hg als Salvarsan bekommen. Die Deutung der Anschwellung der inguinalen Lymphdrüsen, fällt etwas schwierig, weil dieselbe sowohl der Gonorrhöe als einem genitalen Primäraffekt zugeschrieben werden kann. Die Abwesenheit von Schmerzhaftigkeit und periadenitischen Veränderungen sowie ihre Härte scheinen mir doch mehr für ihre syphilitische Natur zu sprechen.

In welcher Weise die hier vorhandene syphilitische Infektion zustande gekommen ist, ob man eine Gewebsläsion an der betreffenden Stelle der Urethralschleimhaut annehmen muß, oder ob die Spirochäten die intakte Schleimhaut angreifen können, oder endlich ob die Spirochäten erst nach der Entwicklung der gonorrhoischen Entzündung an der Urethralschleimhaut gehaftet haben, darüber will ich mich nicht äußern. Im letzteren Falle muß man sich denken, daß die Spirochäten die ersten Tage sich lebend in der Harnröhre erhalten haben, ohne die Schleimhaut anzugreifen und erst, nachdem die gonorrhoische Entzündung für ihr Haften bessere Verhältnisse hervorgebracht hatte, eine syphilitische Infektion der Schleimhaut verursachten.

Hutchinson hebt hervor, daß er „have seen not a few cases of

Digitized by Google

constitutional syphilis, in wich, although carefully observed, no chancre had been noticed" und glaubt, daß bei Syphilisfällen, die sich im Anschlusse an eine akute Gonorrhöe entwickeln ohne daß ein Primäraffekt gefunden werden kann, das Syphilisgift durch die erkrankte Urethralschleimhaut resorbiert wird. Cozanet will sogar den Spirochäten die Möglichkeit, durch intakte Schleimhaut gehen zu können, zuschreiben. Diese Behauptungen finde ich doch nicht bewiesen. Auch habe ich in der mir zugänglichen Literatur keinen Fall finden können, wo der Sitz des Primäraffektes in der Harnröhre hinter der Fossa navicularis bewiesen ist, weswegen ich diesem Fall ein gewisses Interesse zuschreibe.

Von den oben erwähnten 23 Syphilisfällen ohne nachweisbaren Primäraffekt lassen sich mehrere durch die Annahme eines Urethralprimäraffektes, ähnlich demjenigen meines Falles, erklären, und da keine speziellen Untersuchungen in jenen Fällen vergenommen worden sind, kann man diese Möglichkeit nicht bestreiten. Als Beispiele solcher Fälle will ich bezeichnen den Fall von Cardier, von Marschall, von Blaschko, von Covisa, die je 2 Fälle von J. Müller und Jakowlew und 2 Fälle von Waelsch. Hätte ich nicht die Untersuchung des Urethralsekretes vorgenommen, so würde ich wohl auch meinen Fall als Syphilis d'emblée gedeutet haben, denn auch hier war der Patient während des Primärstadiums unter ärztlicher Beobachtung, ohne daß von Primäraffekt auch nur eine Andeutung mit den gebräuchlichen Untersuchungsmethoden entdeckt werden konnte. Da die Lymphgefäße der Urethra zum Teil nach den tieferen Lymphdrüsen verlaufen, so ist es nicht merkwürdig, wenn bei einer Urethralsklerose die oberflächliche Scleradenitis inguinalis unbedeutend entwickelt ist oder sogar fehlt.

Wenn sich nun aber der Primäraffekt so in der Harnröhre verstecken kann, muß man wohl annehmen können, daß er sich auch an anderen Stellen der Inspektion und Palpation verbergen kann. In ähnlicher Weise wie die Spirochäten beim Koitus in die Harnröhre aspiriert werden können, können sie wohl bei Frauen auch in den Zervikalkanal hineinkommen und hier einen für die Inspektion unentdeckbaren Primäraffekt hervorbringen, welcher also nur durch Spirochätennachweis im Zervixsekrete diagnostizierbar ist. Es kann aber vorkommen, daß Primäraffekte so spärliche Spirochäten enthalten, daß es ein Zufall ist, ob man diese findet, und wenn die Primäraffekte der Urethra oder des Zervixkanals hinsichtlich der Spirochätensekretion sich so verhalten, wie ungeheuer schwer muß es nicht sein einen solchen Primäraffekt zu entdecken.

Daß der Primäraffekt auch an anderen Stellen sich ganz verstecken kann, ist wohl im höchsten Grade wahrscheinlich. Ich glaube infolge-

Digitized by Google

dessen, daß es nicht möglich ist zu beweisen, daß ein Fall mit unbekannter Infektionsstelle und ohne nachweisbaren Primäraffekt eine wirkliche Syphilis d'emblée und nicht eine Syphilis mit verstektem Primäraffekt ist.

Ich glaube, daß man aus diesem Falle folgende Schlußfolgerungen ziehen kann:

1. Der syphilitische Primäraffekt kann in der Harnröhre hinter der Fossa navicularis sitzen und der gewöhnlichen Inspektion und Palpation ganz entgehen.

2. Wenn bei Syphilis des Mannes der Primäraffekt fehlt, muß man das Urethralsekret auf Spirochäten und die Harnröhre endoskopisch untersuchen, bevor man den Fall als Syphilis d'emblée bezeichnet.

3. In ähnlicher Weise darf man auch annehmen, daß bei Frauen die Spirochäten in den Zervikalkanal hineingelangen können und hier einen nur durch Spirochätennachweis diagnostizierbaren Primäraffekt hervorrufen.

4. Die Lokalisation dieses Primäraffektes in der Harnröhre hinter der Fossa navicularis beweist, daß Mikroorganismen beim Koitus in die Harnröhre hinein aspiriert werden können, was auch für die Infektion mit Gonokokken wichtig sein kann.

Literatur.

Bettmann, Zur Frage der Syphilis d'emblée. Arch. f. Derm., 1910, Bd. 100, S. 145. — Blaschko, Syphilis als Berufskrankheit der Ärzte. Berl. klin. Wochenschr. 1904. — Cardier, Note sur quelques cas de syphilis sans chancre initial. Ann. de Derm. et de Syph., 1894. — Covisa, Ein Fall von Syphilis d'emblée. Verh. d. span. Gesellsch. f. Derm. u. Syph., Nov. 1910 und Rev. clin. Madrid, 1911. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1911, Bd. 53, S. 400. — Cozanet, De la syphilis d'emblée. Thèse de Bordeaux, 1903. — Emery, Mitgeteilt bei Neisser in Verhandl. des IX. Kongr. der deutsch. dermat. Gesellsch., Sept. 1906, S. 84. — Havas, In welchem Stadium der Syphilis soll mit der allgemeinen Behandlung begonnen werden? Autoreferat in Monatsh. f. prakt. Derm. 1894, Bd. 19, S. 59. — Heuss, Einige Grundfragen aus der Syphilistherapie. Schweizer Corresp.-Bl., 1901. — Jakowlew, Zur Kasuistik der kryptogenen Syphilis. Russ. Journal für Haut- und vener. Krankh., 1905. Ref. Derm. Ztschr. Bd. 11. — Jullien, Courte note sur deux cas de syphilis d'emblée sans accident initial. Festschrift für Neumann. Beitr. z. Derm. u. Syph., 1900, S. 367. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. 34, S. 531. — Magian, Ein Fall von Syphilis ohne Primärgeschwür. Brit. med. Journ. 11. Sept. 1909. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1910, Bd. 50, S. 82. — Marschall, Note on a case of syphilis with no primary sore. Lancet 1899, Bd. 1, S. 1361. — Müller, J., Kryptogene Syphilis. Derm. Ztschr. 1898. Bd. 5, — Papée, Syphilis d'emblée. Tygodnik lek Iwows, 1911. Ref. Arch. f. Derm., Bd. 112, S. 503. — Reiss, Über die Haltbarkeit des Begriffs „Primäre Syphilis" usw. Arch. f. Derm., 1901, Bd. 58, S. 69. — Verchère, Syphilis d'emblée. Congrès intern. de medicine à Rome 1894. — Waelsch, Über Syphilis d'emblée und die Berufssyphilis der Ärzte. Münch. med. Wochenschr., 1909, Nr. 17, S. 850.

Digitized by Google

Aus der Krankenstation des städtischen Obdachs in Berlin.

Zur Kenntnis der syphilitischen Hirnreaktion nach der zweiten Salvarsaninjektion.

Von

Privatdozent Dr. Felix Pinkus.

Die tödlichen Zufälle nach Anwendung des Salvarsans haben sich in der größten Anzahl unter stürmischen Hirnerscheinungen am 3. bis 5. Tage nach der zweiten Infusion ereignet. Wo ein solcher Todesfall nach nur einmaliger Infusion eintrat, handelte es sich fast immer um eine recht hohe Dosis, die gegen das Ende der primären Periode (Primäraffekt mit schon positivem Wassermann) oder im Anfang des Sekundärstadiums der Syphilis gegeben worden war, eine Zeit, die wir auch von den Neurorezidiven her als eine für das Eintreten von Hirnreizerscheinungen besonders gefährliche kennen gelernt haben, in der die Dosierung des Mittels ganz besonders vorsichtig gehandhabt werden muß und in der sogar mittlere Dosen gefährlich werden können. Mit der Zunahme des in der Literatur niedergelegten Beobachtungsmaterials mehren sich die Fälle von leichter verlaufenen, trotz der Bedrohlichkeit der Erscheinungen am Leben gebliebenen Kranken. Wir haben damit also nicht mehr ganz isoliert stehende schlimme und unrettbar dem Tode zuführende Zerstörungen vor uns, sondern sehen die Möglichkeit einer Stufenleiter, die uns zu bekannteren Ereignissen führen kann, z. B. der syphilitischen Meningitis und ähnlichen auch sonst nicht zu seltenen Affektionen. Wenn die schlimmsten, zur Obduktion gelangten Fälle ein akutes Hirnödem vermuten ließen und man multiple kleine Blutungen im Gehirn und beginnende kleine Leukozytenansammlungen fand, dann konnte man recht wohl daran denken, daß leichtere Grade dieser Reize in anderer klinischer Form, leichter, vielleicht nur mit den üblichen heftigen Kopfschmerzen oder vereinzelten heftigeren Reizerscheinungen verlaufen sein könnten. Ich habe unter dem großen Material der mir unterstellten Krankenstation nach bestimmten Kriterien eines solchen Ereignisses gesucht, die auf meiner in einer früheren Arbeit ausgesprochenen Auffassung des Mechanismus der Hirnstörungen beruhen mußten. Wenn die hyperämische und ödematöse sog. Herxheimersche Reaktion auf den Anstoß des Salvarsans im Gehirn nicht sofort, sondern erst durch die gesetzten Zertrümmerungen der Hirnsubstanz nach 2—3 Tagen in ihrer foudroyanten Form zum Vorschein kämen, dann müßte man leichtere Formen auch nicht sofort, sondern

Digitized by Google

erst nach der angegebenen Zeit erwarten. Das objektive Zeichen müßte eine dann erst bemerkbare Temperaturerhöhung, nur viel geringer als die terminale der tödlichen Fälle, sein.

Wenn ich nun auch mehrere Fälle gesehen habe, in denen die Temperaturerhöhung nach der zweiten Infusion sich über mehrere Tage erstreckte, mit heftigen Kopfschmerzen verbunden, so genügten mir diese nicht, weil die Temperaturerhöhung sich an die Einspritzung direkt angeschlossen hatte. Endlich aber fand ich doch einen Fall, der meinen Voraussetzungen entsprach, und den ich kurz mitteilen will, um auf diese leichten und kaum auffallenden Störungen die Aufmerksamkeit zu lenken, die sie, wenn nicht in praktischer, so doch in theoretischer Beziehung besitzen dürften.

P. P., geb. 14. 5. 64. 1910 Schmierkur im Virchowkrankenhaus in Berlin. 9. 4. 11 Roseola anularis. W.R.—. 11. 4. 11 0,3 Salvarsan. Höchste Temperatur nach 5 u. 7 Stunden 37,8. Kopfschmerzen und Schüttelfrost. 12.—26. 4. Wohlbefinden. Tägl. 3 g Jodkali. 27. 4. 11 0,3 Salvarsan. Höchste Temperatur nach 7 Stunden 37,8. W.R.—. Kopfschmerzen und Durchfall. 28. 4. 36,7—37,1 (1. Tag). 29. 4. 36,7—36,9 (2. Tag). 30. 4. 36,5—38,6 (3. Tag). In den nächsten Tagen bis zur Entlassung war die Temperatur normal. Die Kranke, die aber zwischen den beiden Infusionen sich wohlgefühlt hatte, litt nach der zweiten Einspritzung an dauernden Kopfschmerzen, die erst nach ihrer Entlassung am 24. 5. aufhörten. 13. 9. 11 W.R.—. 13. 11. 11 W.R. + + 9. 5. 12 W.R. + + +. Immer symptomlos. Im Oktober 1912 begannen wieder Kopfschmerzen der schlimmsten Art, namentlich nachts, verbunden mit Schmerzen in allen Gliedern, die sie mit den Schmerzen vor der früheren Syphiliseruption vergleicht. Im Dezember begann ein Ausschlag hervorzubrechen, der sich Anfang Januar 1913 als ein ausgedehntes papulopustulöses Exanthem an Gesicht und Kopf, Extremitäten und Rumpf darstellt. Zugleich bestehen immer noch die Schmerzen in Kopf und Gliedern. Bis zu dieser Zeit war sie ohne erneute antisyphilitische Behandlung geblieben.

Wir haben also hier einen Fall, in dem bei leichtem Hautrezidiv der Syphilis und bei negativer WASSERMANNscher Reaktion sich nach der zweiten Salvarsaninfusion ein länger dauernder, wohl als zerebrale Reizerscheinung zu deutender Zustand einstellt, der erst am 3. Tage nach der Infusion das von mir gesuchte Fieber zeigt (das übrigens vielleicht auch fehlen kann), und der weiterhin in eine langdauernde Symptomlosigkeit ausläuft. Erst ein halbes Jahr später nimmt die Krankheit einen neuen Anlauf, die WASSERMANNsche Reaktion steigt schrittweise an, unter neuer Meningenreizung bereitet sich nach $1^1/_2$jähriger Symptomlosigkeit ein schweres Hautrezidiv vor.

Digitized by Google

Versammlungen.

Russische syphilidologische und dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 1. (14.) Dezember 1912.

Originalbericht von Leo Ehrlich-St. Petersburg.

1. Friedmann demonstriert: a) einen Fall von **Molluscum fibrosum**; zahlreiche Molluska sind über die ganze linke Seite der behaarten Kopfhaut zerstreut; bemerkenswert ist die scharf begrenzte unilaterale Lokalisation; die rechte Seite der behaarten Kopfhaut ist nicht befallen. b) Einen Fall zur Diagnose; es handelt sich um einen Kranken, welcher seit 2 Jahren an einem sehr eigentümlichen Hautausschlag leidet; ganz plötzlich entwickeln sich mehrere rote Flecke, welche binnen einigen Stunden in kleine Blasen übergehen; nach Verschwinden der Blasen bleiben Pigmentationen zurück; hier und da hinterlassen die Blasen auch Hautdepressionen und kleine atrophische Narben. Die Entstehung der Flecke ist von einem sehr starken Jucken begleitet. Lokalisation: Kopfhaut, Extremitäten, teilweise Rückenhaut. F. ist geneigt, diesen Fall in die **Duhringsche Gruppe** einzureihen.

Diskussion. Pawloff meint, daß der zweite von Friedmann demonstrierte Fall eher als Tuberkulid zu betrachten sei; dafür sprechen die an den unteren Extremitäten sich befindenden Narben; was nun die Hautveränderungen an der behaarten Kopfhaut bei diesem Patienten anbetrifft, so wären dieselben eher für Lupus erythematosus charakteristisch.

Obraszoff möchte diesen Fall als Trophoneurose betrachten. Kulnew ratet, für die endgültige Diagnose eine genauere Untersuchung abzuwarten.

2. Schafir stellt einen Fall mit **Lichen corneus** vor.

3. Stepanowa demonstriert einen Fall zur Diagnose. Es handelt sich um ein Mädchen, welches behufs genauerer Diagnose aus einem Leprosorium in das Kalinkinspital zugeschickt worden ist. Der Arzt der Lepraanstalt, welcher die Kranke sehr eingehend untersuchte, hatte sich gegen Diagnose **Lepra** ausgesprochen. Es handelt sich in diesem Falle höchstwahrscheinlich um eine mit Lupus komplizierte Lues.

Diskussion. Petersen meint, daß man in diesem Falle Lepra ausschließen könne; die starke Exazerbation des vorhandenen Lupus faciei gibt das Bild einer Facies leonina; ferner, das Fehlen der Leprabazillen und das Vorhandensein der für Lues typischen Narben, die unveränderte Hautsensibilität und die positive Wassermann-Reaktion lassen wohl denken, daß man hier mit einem Lupus und Lues zu tun hat.

Pawloff macht darauf aufmerksam, daß die Narben an der Gesichtshaut und der Rückenhaut eher für lepröse Veränderungen sprechen könnten. Kulnew stimmt Pawlows Meinung zu und glaubt, man könnte hier an einen Pemphigus leprosus denken.

4. Bormann demonstriert drei Fälle, welche er als **Sporotrichosis** betrachtet. Die Demonstration wird durch mikroskopische Präparate und Kulturen erläutert. Der erste Fall wurde anfangs von B. und einem anderen Kollegen als Syphilis diagnostiziert; erst als die Ulzerationen an den unteren Extremitäten ganz refraktär gegen jede antiluetische Behandlung — auch gegen Salvarsan — blieben, ist B. auf den Gedanken gekommen, daß hier möglicherweise eine Sporotrichose vorhanden sei.

Digitized by Google

In der lebhaften Diskussion beteiligen sich Pawloff, Domernikowa, Schiperskaja, Kulnew, Solowieff, Proskurijakoff, Abutkoff und Schafir. Es wurde von den Herren Opponenten die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, daß in allen drei Fällen die Diagnose nicht ausgiebig sei. Die Kulturen seien nicht typisch, es fehlen auch die Schnittpräparate, welche für Diagnose „Sporotrichosis" außerordentlich charakteristisch seien; außerdem fehlt auch die Agglutinationsreaktion, die, wie bekannt, zur Bestätigung der Sporotrichose sehr wichtig sei.

Kulnew hält es für wichtig, die weitere Diskussion auf die nächste Sitzung zu verschieben, um diese Frage so vielseitig wie möglich beleuchten zu können.

5. Lebedeff (Gast) hält einen Vortrag: **„Xanthoma pseudiabeticorum lymphaticum"**. — (Erscheint demnächst.)

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Dezember 1912.

Über einen Fall von (melanotischem) Naevocarzinoma des behaarten Kopfes bei einem 19jährigen jungen Manne, von Charles H. Lilley. Bei dem jungen Manne war etwas mehr als die ganze linke Kopfhälfte mit einer harten, höckerigen Geschwulst, von Bronzefarbe und etwa $^3/_4$ Zoll über die normale Seite erhaben, vorhanden. Die Geschwulst war haarlos, und nur zwischen einzelnen an derselben vorhandenen Fissuren waren einzelne Büschel Haare sichtbar. Keine Vergrößerung von Nacken-, Hals- oder anderen Drüsen und keine Metastasen waren festzustellen. Die ganze Geschwulstmasse wurde in einer Sitzung entfernt und 14 Tage später Haut auf die granulierende Fläche transplantiert; es trat bis jetzt anhaltende Heilung ein. Die histologische Untersuchung ergab ein Spindelzellenkarzinom, wobei viele der Zellen pigmentiert waren. Neben dem Alter des Patienten waren der lange Verlauf — vom 5. Lebensjahre an begann es mit einem scheinbaren dunklen Male — und das Fehlen jeglicher Drüsenschwellung an dem Falle merkwürdig. Stern-München.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Dezember 1912.

Die Trockenbehandlung gewisser nässender Dermatosen, von Charles J. White-Boston. Diese von Engmann-St. Louis angegebene Methode besteht darin, daß der Patient reichlich mit gewöhnlichem Stärkekornpuder bedeckt wird und während der akuten Stadien des Hautleidens völliger Bettruhe pflegt, wobei alle natürliche Funktionen in Rückenlage geschehen und Patient in derselben ißt, schläft, uriniert usw. Die von E. gleichzeitig empfohlene innerliche Darreichung von Chinin hat White nur in einigen Fällen angewandt, während in den anderen auch ohne dieselbe prompte Heilung erfolgte. Die Nahrung wird auf festflüssige Kost und reichlichen Wassergenuß beschränkt, für möglichst gute Luft im Krankenzimmer Sorge getragen, Baden nicht erlaubt. Der Patient muß nackt im Bette liegen und Bettuch und -decke auf einem Gestell gehalten werden, so daß nur der Puder, welcher so oft, als irgend eine nässende Stelle sich zeigt, aufgetragen wird, den Körper berührt. Als einen sehr geeigneten, antiseptischen und absorbierenden Puder hat W. Bortalk in all seinen Fällen angewandt. Zwei Oberflächen dürfen sich niemals berühren: Die Arme müssen vom Körper weggehalten, die Finger abduziert, die Beine auseinandergestreckt, der Penis vom Skrotum und letzteres von den

Digitized by Google

Oberschenkeln durch reichliche Puderapplikation getrennt werden. Gewöhnlich trocknen die nässenden Stellen bald ab, es kann aber gelegentlich zur Bildung von Krusten, unter welchen sich Eiter ansammelt, kommen; dann müssen diese entfernt und die Puderbehandlung von neuem begonnen werden. Theoretisch erklärt W. deren gute Wirkung damit, daß die Trockenbehandlung das Wachstum der Bakterien, die bekanntlich besser bei Wärme und Feuchtigkeit gedeihen, hindert. Von den 11 Fällen, welche in dieser Weise behandelt wurden, waren 7 solche hartnäckiger Dermatitis exfoliativa und 4 Pemphigus; 9 derselben, worunter ein 88jähriger, wurden völlig geheilt, während einer an interkurrenter Pneumonie starb und ein zweiter sich der Behandlung ohne Grund entzog.

In der folgenden Diskussion (auf der 36. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologen-Vereinigung, St. Louis, 23.—25. Mai 1912) ergänzte Engmann die Mitteilung W.s dahin, daß man wegen des Unbehagens, welches die Patienten die erste Woche von der ungewohnten Lage usw. zuweilen empfänden, ein Stärkemehl-Bad (mit Beifügung von etwas doppelkohlensaurem Natrium) jeden oder jeden zweiten Tag geben soll; auch E. ist überzeugt, daß diese Trockenbehandlung in vielen Fällen vorzügliche Resultate gebe.

Foerster berichtet über einen ausgedehnten, hartnäckigen Fall von Dermatitis exfoliativa, der mit dieser Methode völlig geheilt wurde.

Ein Ekzema recurrens der Hände, von S. Pollitzer-New York. Dieses Hautleiden, das gewöhnlich mit Ekzema nummulare verwechselt wird, ist nach Verfasser scharf vom gewöhnlichen Ekzem zu trennen und vielleicht den bullösen Hautleiden zuzurechnen, möglicherweise eine leichte Form von Dermatitis herpetiformis darstellend. Es tritt in Form von runden, scharf umgrenzten Gruppen dicht gedrängter Bläschen an der Rückenfläche der Hände, weniger häufig an den Fingern und selten an der Streckseite der unteren Hälfte der Vorderarms auf, gewöhnlich symmetrisch an beiden Oberextremitäten und mit mäßigem Juckreiz verbunden. Ein Charakteristikum des Leidens ist, daß die einmal gebildeten Bläschenherde keine Veränderung an Form oder Umfang erleiden, daß keine periphere Ausdehnung, keine Konfluenz usw. vorkommt. Die Herde treten plötzlich auf, erreichen ihre volle Entwicklung in wenigen Stunden, bleiben mehrere Wochen unverändert — außer bei allmählicher Eintrocknung und folgender Abschuppung — und verschwinden dann, um nach 1—2 Monaten oder ebensoviel Jahren in derselben Weise wieder aufzutreten. P. beobachtete in einem Falle sechsmalige Wiederholung desselben Leidens, das stets auf Handrücken, Finger und distaler Vorderarmhaut beschränkt blieb. Es kommt zu allen Zeiten des Jahres vor, niemals beobachtete P. dieses Ekzem bei Kindern oder alten Leuten, seine Patienten schwankten von 18—47 Jahren. Differentialdiagnostisch kommt Dermatitis herpetiformis in erster Linie in Betracht, bei welcher jedoch die Eruption eine vielgestaltige (Erytheme, Papeln, Bläschen und Pusteln gleichzeitig vorhanden) und der ganze Verlauf ein viel schwererer (ungezählte Rückfälle) ist. Immerhin neigt P. dazu, das Ekzema recurrens eher dieser letzteren Gruppe von Hautaffektionen zuzurechnen, als irgend einer anderen. Als eine mit Dermatitis herpetiformis gemeinsame Erscheinung ist noch die meist vorhandene Eosinophilie zu erwähnen.

Bericht über 4 Fälle von Keratosis follicularis (Darriers Krankheit), von W. H. Mook-St. Louis. Die von M. beobachteten (5) Fälle, von welchen 4 hier näher beschrieben sind und sämtlich männliche Individuen (im Alter von 18—45 Jahren) betrafen, stimmen in ihrem ganzen Bilde mit dem von Darier zuerst im Jahre 1889 genau beschriebenen, sicher aber schon 1886 von Morrow aufgestellten Symptomenkomplex überein. Während in einem der Fälle nur das Gesicht befallen war, verbreitete sich das Hautleiden in den übrigen von hier aus allmählich über Hals, Nacken, Brust, ganzen Stamm und Oberextremitäten und hat in einem der Fälle über 10 Jahre, fast unbeein-

Digitized by Google

flußt von jeder Therapie, bestanden. Das histologische Bild ergab, übereinstimmend mit Mac Leods Beschreibung, eine Art von Dyskeratosis, verbunden mit spezieller Zelldegeneration, welche irgend einen Teil der Epidermis befallen kann und häufig am oberen Drittel der Haarbalgdrüsen oder den Mündungen der Schweißdrüsen lokalisiert ist. Die von Darier als Kokzidien — daher auch die Bezeichnung Psorospermosis — benannten runden oder ovalen Körperchen waren ebenfalls in manchen Schnitten vorhanden. In allen Fällen M.s war mit X-Strahlen bedeutende Besserung erzielt worden.

In der folgenden Diskussion (auf der 36. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologen-Vereinigung, St. Louis, 23.—25. Juni 1912) erklärte Ravogli, der sich früher viel mit dieser ebenso seltenen wie interessanten Krankheit beschäftigt habe, er sei nicht überzeugt, daß Unna mit seiner Angabe, es handle sich bei diesen eigentümlichen runden Körperchen nur um geteilte Epithelzellen, Recht habe, sondern es möchte doch irgend eine parasitäre Natur, die vielleicht durch künftige bakteriologische Untersuchungen aufgeklärt werde, darin zu suchen sein. Stern-München.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Bd. 24, 1912, September und Oktober.

1. Skleroma respiratorium (Rhinoskleroma), von W. Pospelow jun. Siehe Ref. über die Sitzung der Moskauer venerologisch-dermatalog. Ges. vom 12./25. Febr. 1912 in dieser Wochenschrift, Bd. 54, S. 3531.

2. Ein Fall von Skleroma respiratorium der Nase und des Rachens, von Meschtscherski und Grintschar. (Siehe Bericht in dieser Wochenschr., Bd. 54, S. 649.) Zu dem genannten Bericht ist hinzuzufügen, daß die nach der Vorstellung des Kranken auf Vorschlag von Selenew vorgenommene Behandlung mit spezifischer Vakzine eine geringe, vielleicht zeitweilige Besserung hervorrief, da die Beobachtung des Kranken bald unterbrochen wurde. Die Vakzineinjektionen, deren im ganzen drei ausgeführt worden waren, wurden gut vertragen und bewirkten am Tage der Injektion eine Steigerung der Temperatur.

3. Die Serodiagnose des ‡Salvarsans, von Tschernogubow. (Siehe diese Wochenschrift, Bd. 54, S. 649.)

4. Zur Frage der Ätiologie und Therapie der Alopecia areata, von Bremener. An der Hand einer eigenen Beobachtung von schwerer Alopecia areata bei einem Neurastheniker, welche durch Röntgenbestrahlung gehoben wurde, bespricht Verfasser die augenblicklich herrschenden Ansichten über die Ätiologie und Therapie der Alopecia areata. Er nimmt an, daß dieselbe nicht eine einheitliche Krankheit darstellt, sondern ein Symptom verschiedener Arten von Störungen des Nervensystems bildet, und daß die Behandlung mit Röntgenstrahlen in einem Teil der Fälle Erfolg hat.

5. Zur Frage des Einflusses des Ehrlichschen Präparates auf das Knochensystem, von Boikow. Da B. nur an sechs Kranken mit Knochensyphilis röntgenologisch den Effekt der Salvarsanbehandlung verfolgen konnte, bemerkt er für diese Fälle, daß der Entzündungsprozeß des Knochensystems sich unter der Salvarsanbehandlung verschlimmerte und in Atrophie überging, welche, wenn es sich um die Gelenke handelte, anscheinend an den Epiphysen und den Epiphysenknorpeln begann und sich durch Abblätterung der letzteren von den Knochen kundtat.

6. Muskelatrophie, Muskelrheumatismus, Arthritis, Keratose der Fußsohlen bei einem Tripperkranken, von Prof. Selenew. Ein 23jähriger Unteroffizier erkrankte am 10. Juni, am 10. Tage nach dem Koitus, an Tripper. Am 17. Juni schwoll das rechte Kniegelenk, am 22. Juni das linke Handgelenk und am 27. Juni das linke Knie-

Digitized by Google

gelenk an. Am 1. August, als Patient in die Behandlung von S. trat, wurden folgende Veränderungen konstatiert: Schwellung beider Kniegelenke, des linken Handgelenks, Atrophie der Muskulatur der linken oberen Extremität; erythematöse, mit feinen epidermoidalen Schüppchen bedeckte Flecke auf der Haut; stark ausgesprochene Keratose der Fußsohlen, Schmerzen im rechten Schultergelenk; reichliches Vorhandensein von Gonokokken im Sekret der Urethra. Arth. Jordan-Moskau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über die Zukunft der Frühgeborenen, ihre Beziehungen zur Erbsyphilis, von Georges R. Detré (Thése de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Das Zeichen von Sisto bei der Erbsyphilis der Säuglinge, von Clemente Ferreira. (Bull. méd., 1912, Nr. 90.) Das ununterbrochene Schreien und Weinen der Säuglinge, das in der Nacht und bei Bewegungen stärker wird, muß stets den Verdacht auf hereditäre Syphilis erwecken, wenn man keine sonstigen Ursachen (Ohrleiden usw.) finden kann. Das Schreien dürfte durch heftige Knochenschmerzen hervorgerufen werden, es verschwindet prompt auf spezifische Behandlung.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Entwicklungsstörung der Thymusdrüse bei kongenitaler Lues, von Hugo Ribbert. (Frkft. Ztschr. f. Pathol., Bd. 11, H. 2.) Ribbert hatte Gelegenheit, die Thymus eines syphilitischen Neugeborenen zu untersuchen; beim Einschneiden zeigte sie sich aus Hohlräumen bestehend, aus der sich eine gelbliche Masse entleerte, die sich unter dem Mikroskope als wirklicher Eiter erwies. Histologisch waren die Hohlräume von einem vielschichtigen Plattenepithel begrenzt, an das sich eine Zone mit Bindegewebe schließt, die ihrerseits wieder von lymphatischen Geweben umgeben ist. Auf Grund dieser Befunde beharrt der Verfasser auf seiner früher stark bestrittenen Auffassung, daß diese Hohlräume die ursprünglichen Kanäle der Thymusanlage sind, die durch eitrige Sekretion dilatiert sind. Gleichzeitig hat aber auch die Wand eine weitere Entwicklung dadurch erfahren, daß sich ein vielschichtiges Plattenepithel gebildet hat, dem sich dann, wie bei der Rachenschleimhaut, follikuläre Apparate anlagerten. Es handelt sich hier also um eine Bildungshemmung, die in sehr frühen Stadien eingetreten sein muß.

Richard Frühwald-Leipzig.

Beziehungen der infantilen paroxystischen Hämoglobinurie zur hereditären Syphilis, von Maurice Rault. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Die Komplementablenkung bei der bakteriologischen Diagnose der Cholera. Die Wassermannsche Reaktion in bezug auf das Colliessche Gesetz und auf Erblues, von M. Gioseffi. (Gazz. Osp. e Clin., 1911, Nr. 66.) Interessant in venereologischer Beziehung ist der Bericht über 1. zwei Fälle, welche zeigen, daß bei anscheinend gesunden Müttern syphilitischer Kinder die Wassermannsche Reaktion positiv sein kann; 2. einen Fall, in dem, trotz negativen Wassermann, ein Milchkind infolge Hg-Behandlung von seinen syphilisverdächtigen Symptomen geheilt wird; 3. einen Fall, in dem bei Vater und Mutter Wassermann-negativ, bei dem Neugeborenen -positiv war.

K. Rühl-Turin.

Digitized by Google

Über die hereditäre Spätsyphilis der langen Knochen beim Kind und bei jungen Leuten, von Edouard Benazet. (Thèse de Paris, 1911.)

Fritz Loeb-München.

Wert der Wassermannschen Reaktion in der Diagnostik der Erbsyphilis, von Eugen Andronesco und F. Saratzeano-Bukarest. (La presse méd., 1912, Nr. 27.) Auf Grund ihrer einschlägigen Untersuchungen gelangen die Verfasser zu folgenden Schlüssen: Das Collessche Gesetz besteht zu Recht. Die Mütter kongenital syphilitischer Kinder verhalten sich gegenüber der Wassermannschen Reaktion ebenso, wie bei florider erworbener Syphilis. Mehrfache Geburten haben keinerlei Einfluß auf die Reaktion. Die Wassermannsche Reaktion ist bei Lues congenita auch in solchen Fällen positiv, wo manifeste Symptome nicht bestehen. Die Wassermannsche Reaktion erscheint den Verfassern als das sicherste und notwendigste Hilfsmittel zur Feststellung einer kongenitalen Syphilis. Die Reaktionsstärke ist bei den Kindern wesentlich größer als bei ihren von manifesten Erscheinungen freien Müttern. Graetz-Hamburg.

Das Blut und die blutbildenden Organe (mit besonderer Berücksichtigung des Knochenmarks) bei der hereditären Syphilis von Kindern im zartesten Alter, von Jacques Sevestre. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Salvarsan bei der Behandlung der Erbsyphilis, von Fabre und Bourret. (Lyon méd., 1912, Nr. 44.) Die Verfasser haben Salvarsan sowohl bei graviden Frauen wie bei Neugeborenen und Säuglingen angewendet. Handelt es sich um Frauen ohne floride Syphiliserscheinungen, so genügt zur Prophylaxe die bisher übliche Quecksilber-Jodbehandlung. Nur wenn diese nicht vertragen wird oder aus einem anderen Grunde nicht durchführbar ist, soll man zu intravenösen Injektionen von 0,25—0,3 Salvarsan greifen, die man vierteljährlich wiederholt. Wenn die Frau aber erst während der Schwangerschaft infiziert wird oder floride Sekundärerscheinungen hat, dann sind große Dosen von Salvarsan indiziert. Bei Kindern verlangt vor allem der Pemphigus syphiliticus die Salvarsanbehandlung, da nur diese die Erscheinungen rasch beseitigen und das Kind dem Tode entreißen kann. Schleimhautpapeln und Koryza können auch durch die alten Methoden beseitigt werden, doch ist die rasche Wirkung von Salvarsan bemerkenswert. Auf den Allgemeinzustand wirkt das Mittel weniger sicher; deshalb soll man, wenn außer dem schlechten Befinden keine Erscheinungen vorhanden sind, die klassischen Mittel anwenden und nur bei Intoleranz zu Salvarsan greifen. Nie aber darf man vergessen, daß die Wirkung des Salvarsans nur vorübergehend ist, und daß daher die Behandlung erneuert und kombiniert werden muß. Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Kenntnis der latenten Formen der Lues, von E. Levi-Genua. (Gazz. internaz. di Med., Chir., etc., 1912, Nr. 49.) Neben der Lues mit normalem Verlauf gibt es Fälle, in denen die (kriptogenetische) Syphilis überhaupt nie vermutet wurde, und erst spät durch oft lebensgefährliche Läsionen ankündigt. Bei manchen Affektionen des Zirkulationsapparates und des Nervensystems, bei denen keine andre Krankheitsursache nachweisbar ist, kommt man, wenn man sorgfältig auf Lues fahndet, zur Entdeckung, daß eine solche Infektion vorliegt. In gewissen Fällen dieser Art wird das Leiden erst ex juvantibus erkannt. Verf. beschreibt zwei Fälle: in dem ersten wurde eine Sclérose en plaques, in dem zweiten eine Aortenektasie mit Periaortitis diagnostiziert; in beiden fiel die Wassermannsche Reaktion schwach positiv aus und in beiden leistete die Quecksilberbehandlung ausgezeichnete Dienste.

Bemerkenswert ist besonders der erste Fall, in welchem die Hg-Behandlung eine Restitutio ad integrum bewirkte und selbst die eingetretene Glykosurie beseitigte.

K. Rühl-Turin.

Digitized by Google

Versuch über die Pathogenese der syphilitischen Roseola, von Fernand Morali. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Über die Amenorrhöen im Verlauf der sekundären Syphilis, von Louis Wagon. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Syphilis des Herzens und der Blutgefäße, von G. Richter-St. Louis. (Med. Record, 5. Okt. 1912.) Die syphilitischen Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße zeigen klinisch nichts absolut Charakteristisches, kein Symptom, das nicht bei andersartigen Erkrankungen ebenso gefunden werden könnte. Aber Verdacht auf Syphilis wird rege, wenn der Patient sich noch nicht in dem Alter befindet, in dem eine senile Arteriosklerose erwartet werden kann, wenn die Aorta besonders beteiligt ist, und wenn eine ziemlich plötzlich eintretende Inkompensation nicht von Fieber begleitet ist und darum eine akute Endokarditis ausschließen läßt. In solchem Falle wird man einen positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion und der Luetinprobe viel häufiger finden, als man vermutet. Hervorzuheben ist aber, daß in solchen Fällen andere Symptome der Syphilis fast regelmäßig fehlen, und daß 30 Jahre und mehr vollkommenen allgemeinen Wohlbefindens nach der Infektion vergangen sein können. Schwierig wird es oft sein, zu entscheiden, ob die Symptome der Syphilis zuzuschieben sind, oder ob bei einem Syphilitiker rheumatische Endokarditis oder dergleichen vorhanden ist. Ebenso wird sich oft nicht entscheiden lassen, ob eine aktive Syphilis vorliegt, oder ob die Symptome das Resultat abgelaufener Prozesse darstellen. Immerhin ist die Prognose nicht so absolut schlecht, wie bei seniler Arteriosklerosis, es läßt sich noch manches reparieren, wenn eine geeignete spezifische Behandlung die allgemeinen Maßnahmen unterstützt. Verf. hat sich nicht gescheut, in einigen dieser Fälle Salvarsan zu geben, und hat gute Resultate davon gesehen. W. Lehmann-Stettin.

Herzsyphilis, von C. Bricourt. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Über die luetische Erkrankung der Aorta, von Reinhold-Hannover. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 42 und 43.) In diesem Fortbildungsvortrag gibt Verf. eine kritische Übersicht der neueren Literatur zu dem Gegenstande und ergänzt dieselbe durch einige eigene Beobachtungen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Syphilis der Aorta. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 136.) Der Artikel enthält nur Literaturzusammenfassung. A. Gunsett-Straßburg.

Die Röntgenuntersuchung der Aortenerkrankungen mit spezieller Berücksichtigung der Aortenlues, von Artur Lippmann und Walter Quiring-Hamburg. (Fortschr. f. Röntgenstr., Bd. 19, Nr. 4.) Röntgenologisch ist der Nachweis einer beginnenden Erkrankung der Aorta häufig dadurch zu stellen, daß der Schatten der Aorta an Breite und Intensität zunimmt. Geringe Abweichungen dieser Art pflegen schon pathologisch zu sein, da die normale Aorta auch bei zunehmendem Alter nicht erheblich an Breite zunimmt. Man kann durch eine besondere Aufnahmetechnik (die genau dargestellt wird und von Interessenten im Original nachgelesen werden muß) sowohl die Aorta ascendens, wie den Arkus und die Deszendens ungefähr in natürlicher Größe und isoliert darstellen, wenn man eine Schrägaufnahme macht. Bei den geringsten abweichenden Aortenbefunden sollte man stets an Lues denken, da die Lues überhaupt die häufigste Erkrankung der Aorta darstelle. W. Lehmann-Stettin.

Über die Syphilis in ihren Beziehungen zu den Aneurysmen der Aorta und über das Interesse, welches die Untersuchung mittels der Wassermannschen Reaktion im Verlaufe dieser Aneurysmen bietet, von André Delsouiller. (Thèse de Paris, 1911.) Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Die antisyphilitische Behandlung der Aortitiden und der Aortenaneurysmen, von A. F. Plicque. (Bull. méd., 1912, Nr. 77.) Zusammenfassende Übersicht über die neuesten diesbezüglichen Arbeiten, speziell über Salvarsan. Es geht aus ihnen die Häufigkeit dieser Erkrankungen und die Wichtigkeit ihrer Erkennung und rechtzeitiger Behandlung hervor. Völlige Heilung kann aber nur erreicht werden, wenn es noch nicht zur Aneurysmabildung gekommen ist. Sonst sind aber immerhin weitgehende Besserungen möglich. In jedem Falle muß aber der Patient aufs Sorgfältigste weiter beobachtet werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Kenntnis der Pleuritis syphilitica, von Archak Nassibian. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Über einige Fälle von syphilitischer Iritis, behandelt mit Salvarsan, von Emile Plonquet. (Thèse de Toulouse, 1912.) Fritz Loeb-München.

Versuche die Berechtigung der energischen Quecksilberbehandlung bei interstitieller hereditär-syphilitischer Keratitis nachzuweisen, von H. V. A. Brunet. (Thèse de Bordeaux, 1912.) Fritz Loeb-München.

Die Behandlung der Keratitis interstitialis mit Salvarsan, von Vandegrift-New York. (Med. Record., 26. Okt. 1912.) Verfasser berichtet 3 Fälle mit außerordentlich gutem Erfolge. Nach seinen Erfahrungen hat die früher übliche Quecksilberbehandlung auch wohl zur Heilung geführt, aber stets bedeutend längere Zeit, bis zu 6 oder gar 12 Monaten gebraucht, und darum ist es in manchen Fällen nicht zu einer so restlosen Resorption des Hornhautinfiltrates gekommen, wie dies in den mit Salvarsan behandelten Fällen möglich war. W. Lehmann-Stettin

Tumorartige Syphilis des Darmes, von Hermann Schlesinger-Wien. (Mitt. d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1912, Nr. 4.) Ein großer, ziemlich derber und beweglicher Bauchtumor bei einer 51jährigen Frau wurde als syphilitisch erkannt infolge einer Rektalstriktur und Spätsyphilide am Arm bei positiver Wassermannscher Reaktion. Zur Erklärung der großen Geschwulst wird Verwachsung von Darmschlingen untereinander und mit dem verdickten Netz wie auch Auflagerungen und gummöse Veränderungen des Peritoneums angenommen bei gleichzeitiger Stauung des Darminhalts. Das erklärt auch, daß zwar auf spezifische Behandlung Besserung, aber keine Heilung eintreten konnte. H. Lautsch-Graudenz.

Über die interstitielle syphilitische Hepatitis, von R. Cervasio-Neapel. (Gazz. internaz. di Med., Chir., etc., 1912, Nr. 50.) Bei Lues kann die Leber in verschiedener Weise erkranken, d. h. es kann entweder eine Amiloidentartung oder ein gummöser Prozeß oder eine interstitielle Leberentzündung entstehen.

Die interstitielle syphilitische Hepatitis ist deutlich von der Laennecschen Zirrhose, von der Herzfehler-Leberzirrhose und von der Cancrozirrhosis zu unterscheiden.

An der bei der luetischen Hepatitis erfolgenden Bindegewebsneubildung beteiligt sich sowohl die Glissonsche wie die Tetrequinsche Kapsel.

Es wird bei der luetischen Leberentzündung keine Neubildung von Gallengefäßen beobachtet, dagegen beobachtet man eine Form von postaler Peri- und Endophlebitis und eine beschränkte Periarteriitis.

Die interstitielle Hepatitis entwickelt sich unabhängig von zellularen Entartungen der sezernierenden Zellen und ist nie oder fast nie von Amyloidentartung begleitet; sie kann hingegen, wenn zu gleicher Zeit ein Herzklappenfehler besteht, von Muskatnußleber und somit von Verfettung begleitet sein.

Im Leberazinus und besonders in den intertrabekulären Kapillaren beobachtet man neben einer Verstärkung der Gefäßwandungen durch vom Glissonschen Bindegewebe

Digitized by Google

herstammende kollagene und präkollagene Bindegewebsfibrillen eine besondere Form von Zellenwucherung im Gefäßlumen.

Am Prozeß beteiligt sich auch die Venula des Azinuszentrums. Die Leberzelle selbst ist wenig oder gar nicht in Mitleidenschaft gezogen. K. Rühl-Turin.

Die syphilitischen Zirrhosen, von Castaigne. (Bull. méd., 1912, Nr. 79.) Die eine Beobachtung des Verfasser betrifft einen Arzt, der plötzlich von Pharynxödem und Erstickungsanfällen befallen wurde. Diese wiederholten sich später öfters, fast täglich; dazu gesellten sich Schwindel, Anschwellungen der Halsdrüsen und Temperatursteigerungen. Der Kranke wurde unter verschiedenen Diagnosen vergeblich den mannigfachsten Behandlungen unterzogen. Zum Schlusse trat noch eine Anschwellung der Leber und der Milz auf. C. fand erstere bei der Untersuchung bis unter den Nabel reichend, höckerig und gefurcht. Das Röntgenbild ergab eine chronische Mediastinitis und Anschwellung der tracheobronchialen Drüsen, die Wassermannsche Reaktion war positiv. Es wurde eine antisyphilitische Kur eingeleitet, durch die alle Erscheinungen, besonders die Lebervergrößerung, fast zum Schwunde gebracht wurde, so daß der Kranke seinen Beruf wieder aufnehmen konnte. Im zweiten Falle handelte es sich um einen Ikterischen mit großer Leber, bei dem Pankreaskarzinom angenommen wurde. Bei ihm fand sich auch eine enorm vergrößerte Leber, sowie Narben über der Tibia und eine spezifische Ulzeration auf dem Kopfe. Auch er wurde durch eine spezifische Therapie gebessert, doch war der Effekt nicht so weitgehend, da es sich wohl schon um eine bindegewebige Sklerose der Gallengänge handelte. Zum Schlusse kurze Zusammenfassung der Symptomatologie, Diagnose und Prognose der syphilitischen Leberzirrhosen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über den hämolytischen syphilitischen Ikterus, von Guillaume Thisset. (Thèse de Paris 1911.) Fritz Loeb-München.

Ein Fall von syphilitischem Ikterus, von Eugen Bradfeld-Krakau. (Med. Klinik, 1912, Nr. 43.) Kurze Krankengeschichte eines Falles von Ikterus, bei dem nach fast gänzlicher Erfolglosigkeit einer Karlsbader Kur anamnestisch eine unbehandelte Syphilis festgestellt und sofort eine Friktionskur mit 5,0 g pro die eingeleitet wurde, die sehr bald von gutem Erfolge war, so daß nach 30 Einreibungen und anschließender Jodipinbehandlung der Patient als geheilt entlassen werden konnte.

Lasch-Breslau.

Die Regeln der Behandlung der Nervensyphilis, von Leredde. (Jour. des pratic., 1912, Nr. 49 und 50.) Als Quecksilberbehandlung bei der Nervensyphilis (Tabes, progressive Paralyse, gewisse Psychosen und progressive Muskelatrophie vom Typus Aran-Duchenne) empfiehlt L. eine tägliche Injektion von 0,02 metallischem Quecksilber 18—20 Tage lang. Diese Dose entspricht 0,04 Hydrargyrum benzoicum oder 0,035 bromatum oder 0,03 cyanatum oder Sublimat und kann mit Vorsicht noch leicht bis zu 0,03, selten 0,035 metallischem Quecksilber gesteigert werden. Das Salvarsan verwendet der Verfasser in steigender Dosis. Die Injektionen werden intravenös in Serien, auf welche immer eine Ruhepause von einem Monat folgt, vorgenommen. Die erste Serie enthält 4 bis 6 Injektionen, die folgenden Serien nur noch drei. Die einzelnen Injektionen selber erfolgen immer in achttägigen Abständen. In der ersten Serie gibt man 0,2, 0,4, 0,6 und 0,6 Altsalvarsan und 0,3, 0,6, 0,9 und 0,9 Neosalvarsan, wobei man eine Steigerung der Dose immer dann vermeidet, wenn die vorhergehende Dose Kopfschmerzen oder Fieber erzeugt hatte. Bei akuten meningealen Symptomen, bulbären Läsionen oder weit vorgeschrittenen Fällen von Tabes und Paralyse muß man sehr vorsichtig sein und mit weniger als 0,2 beginnen. Leredde fand, daß bei der Nervensyphilis das Fieber einen ganz bestimmten Typus annimmt: es erscheint nur nach einer ziemlich starken

Digitized by Google

Infusion von 0,4 z. B. und wiederholt sich nicht, wenn man die folgende Infusion mit derselben Dosis vornimmt. Hingegen bringt eine höhere Dose dasselbe wieder zum Vorschein, während eine Wiederholung dieser letzten Dosis kein Fieber mehr erzeugt. Ist es in der ersten Serie gelungen, diese Dosen zu erreichen, so macht man in den folgenden Serien je 3 Injektionen von 0,6 bei Kranken mit mindestens 60 kg Körpergewicht, höchstens die erste Infusion der Serie kann etwas geringer dosiert sein. Von der dritten Serie an ist der Weg offen, und man kann jetzt alle Injektionen mit Normaldosen vornehmen.

Lerredde glaubt, daß alle tödlichen Zufälle dem Umstande zuzuschreiben sind, daß von Anfang an zu hohe Dosen angewandt wurden, und durch ein progressives Steigen der Dosen vermieden werden können. Was die Dauer der Behandlung anbelangt, so muß sie fortgesetzt werden, nicht nur, bis die Wassermannsche und die empfindlichere Hecht-Weinbergsche Reaktion negativ geworden ist, sondern bis die serologische und zytologische Untersuchung des Lumbalpunktats dauernd ein negatives Resultat ergibt.

A. Gunsett-Straßburg.

Salvarsan in der Behandlung der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems, von J. Donath-Budapest. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 42.) Verfasser gibt Salvarsan gewöhnlich intravenös in Dosen von 0,2—0,5. Die vasomotorische Wirkung des Salvarsans auf das Gehirn gibt sich in der plötzlichen Errötung des Gesichtes kund. Bei Paralytikern ist es zweckmäßig, mit 0,2 Salvarsan den Anfang zu machen und in 1—2 wöchentlichen Intervallen eventuell bis 0,3—0,4 zu steigen. In Fällen von Lues cerebri (30) wurde beobachtet: Rückbildung der Gesichtslähmungen, in Fällen von luetischer Hemiplegie der Lähmungserscheinungen (in der Hälfte der Fälle), das Aufhören der Flexionskontrakturen, der Krampfanfälle in Fällen von syphilitischer Epilepsie, das Steigen der Muskelkraft (in 8 Fällen), das Aufhören der Schmerzen, besonders der Kopfschmerzen (in 11 Fällen), das Verschwinden der Parästhesen (in 6 Fällen), das Bessern des Allgemeinbefindens (in 20 Fällen), in der psychischen Sphäre die Besserung des Gedächtnisses (in 7 Fällen), des Ernährungszustandes, die Wiederkehr der physischen und geistigen Arbeitsfähigkeit (in 10 Fällen ihre vollkommene Wiederherstelluug, in 2 Fällen eine Besserung). In Fällen von Lues cerebrospinalis (12 Fälle) wurde eine bedeutende Besserung des Sehens ($^1/_4$ der Fälle), eine Besserung der Blasentätigkeit und der Erektionen, des Kräftezustandes, das Aufhören der Schwindelerscheinungen, der Kopf- und Rückenschmerzen, die bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens (in 8 Fällen) beobachtet. In Fällen von Lues spinalis (6 Fälle) wurde festgestellt: eine Besserung des Sehens, das Verschwinden des Krampfes der Bauchmuskulatur, das Verschwinden der Blasen- und Mastdarmstörungen, das Aufhören der Anästhesie und Analgesie der unteren Gliedmaßen, die Zunahme des Körpergewichtes und die Besserung des Allgemeinbefindens (in der Hälfte der Fälle). Im Anfangsstadium von Tabes (31 Fälle) machte Verfasser die Wahrnehmung, daß die Patellarreflexe wieder auslösbar geworden waren. Ferner beobachtete er das Verschwinden der Ataxie, das Aufhören des Rombergs, der gastrischen Krisen (in 2 Fällen), das Ausbleiben der lanzinierenden Schmerzen (in 7 Fällen), des Ohrensausens, des Schwindels, der vegetativen Funktionsstörungen. Das Allgemeinbefinden besserte sich in 11 Fällen, das Erinnerungsvermögen in 3 Fällen. Die körperliche und geistige Arbeitsfähigkeit ist in 2 Fällen zurückgekommen. Bei Beginnen der Dementia paralytica (28 Fälle) kamen die Pupillenreaktion in 5 Fällen, die Sehnenreflexe in einem Falle zurück, der einseitige Fußklonus ist verschwunden. Das Gehen besserte sich in 4 Fällen, das Sprechen in 11 Fällen, das Erinnerungsvermögen in 7 Fällen.

Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Die Arsenikbehandlung der syphilitischen Nervenerkrankungen, von M. Faure. (Prov. méd., 1912, Nr. 27.) Verfasser befürwortet nach Erfahrungen in 50 Fällen, die während 6—18 Monaten beobachtet wurden, neben den physikalischen Methoden eine kombinierte Quecksilber-Arsenbehandlung. Für ihn kommen Salvarsan und Hektin gleichmäßig in Betracht: das erstere ist ihm die Zuflucht in allen schweren Fällen von zerebrospinaler Syphilis im Beginn. Kein Medikament hat den Erfolg von 0,5 Salvarsan, intravenös verabreicht. Die Gefahren dieses Mittels verschwinden in Anbetracht der Schwere der Erkrankung und der Notwendigkeit, das Ziel der Heilung zu erstreben. In weniger schweren Fällen erreicht man mit Hg und Hektin dasselbe wie mit Salvarsan. Hektin kann in Dosen zu 0,1 bis 0,2 täglich gegeben werden, bis 1 g erreicht ist. Dann werden einige Tage pausiert, darauf diese 1 Gramm-Serie wiederholt, bis zu 3 Serien. Dann müssen einige Wochen pausiert werden. Dieses Mittel hat sehr selten gefährliche Nebenwirkungen (von Seiten des N. opticus und acusticus auch einige Male beobachtet!) und erzielt bei chronischen Nervenerkrankungen bessere Erfolge als Salvarsan. Werther-Dresden.

Salvarsan in der Behandlung der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems und dessen kombinierte Anwendung, von J. Donath-Pest. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 42 u. 43.) In der Zeit vom Oktober 1910 bis Anfang 1912 hat Verf. 107 Fälle von Syphilis resp. Metasyphilis des Zentralnervensystems mit Salvarsan behandelt. Ergänzt wurde die Therapie zum Teil durch Darreichung von Quecksilber und von Natrium nucleinicum. Letzteres wurde namentlich bei Paralyse mit Nutzen angewandt. Man bereitet sich die 10%ige Lösung mit einem Zusatz von 1% NaCl für jede (subkutane) Injektion frisch und gibt anfangs eine Dosis von 16 ccm, welche stetig um 5 ccm bis 40 ccm (= 4 g Natr. nucleinic.) gesteigert wird. Die vorherige Injektion von Novocain ist zu empfehlen. Das Salvarsan wurde gewöhnlich intravenös in Dosen von 0,2 bis 0,5 als Maximalgabe verabreicht. Bei Enzephalomalazie, Hemiplegie und Arteriosklerose des Gehirns ist von der intravenösen Einverleibung abzuraten. Als Gesamtresultat ist zu konstatieren, daß bei allen Krankheitsgruppen viele günstige und sogar zum Teil überraschende Erfolg erzielt wurden während andererseits auch manche Prozesse sich als zu inveteriert und refraktär erwiesen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die verschiedenen chemischen Methoden der Präzipitation der Globuline. Ihre diagnostische Bedeutung bei der Syphilis der Nerven, von Henry Bressot. (Thèse de Montpellier, 1912.) Fritz Loeb-München.

Klinische und anatomische Untersuchung eines Falles von isolierter echter reflektorischer Pupillenstarre ohne Syphilis bei Alcoholismus chronicus gravis, von M. Nonne-Hamburg. (Neurolog. Zentralbl., 1912, Nr. 1.) Entgegen der neuerdings wieder auftretenden Lehrmeinung, daß die reflektorische Pupillenstarre stets auf eine Hinterstrangerkrankung hinweise, daß sie also ein „tabisches" Symptom sei, konnte Nonne die Unrichtigkeit dieser Meinung an zwei klinischen Beobachtungen, deren eine durch die anatomische Untersuchung gestützt werden konnte, zur Evidenz dartun. Nach den einschlägigen Beobachtungen kommt demnach in ganz seltenen Fällen bei nicht syphilitisch gewesenen Alkoholikern eine echte reflektorische Pupillenstarre als Folge des chronischen Alkoholismus vor. Graetz-Hamburg.

Myelitis syphilitica, mit Salvarsan behandelt, von L. M. Bonnet. (Lyon méd., 1912, Nr. 46.) Ein Mann, der wegen Meningomyelitis syphilitica mit Salvarsan behandelt wurde, nachdem eine Hg-Kur wegen Stomatitis unterbrochen werden mußte und auch nicht gewirkt hatte. Der Erfolg war glänzend. Richard Frühwald-Leipzig.

Syphilitische Psychosen, Francis M. Barnes-Washington. (Med. Record, 19. Okt. 1912.) In Fällen von Geistesstörung, die möglicherweise syphilitischen Ur-

Digitized by Google

sprungs sein könnten, sollte man sich stets vor Augen halten: 1. Daß es keinen Symptomenkomplex gibt, der für eine syphilitische Erkrankung des nervösen Apparates charakteristisch wäre. 2. Ganz bekannte Typen von Psychosen können durch Geistesstörungen auf syphilitischer Grundlage vorgetäuscht werden. 3. Hirnsyphilis kann sowohl bei einem schon geistig Gestörten entstehen, kann aber auch ebensowohl zusammen mit anderen organischen Erkrankungen des Gehirns sich finden. 4. Paralyse, Lähmungen und Krämpfe können fehlen in Fällen, deren Geistesstörung eine Syphilis zugrunde liegt. 5. Intra vitam ist die Differentialdiagnose meist schwierig und oft unmöglich.

W. Lehmann-Stettin.

Beitrag zur Kenntnis der psychischen Störungen im Verlauf der sekundären und sekundo-tertiären Syphilisperioden, von Edgard Jallet. (Thèse de Paris, 1911.)

Fritz Loeb-München.

Motorische Aphasie mit vorübergehender Agraphie syphilitischen Ursprungs, von X. (Journ. des practic., 1912, Nr. 46.) Kasuistischer Beitrag. Ein 58jähriger alter Syphilitiker mit Narben ulzeröser Syphilide an den Beinen und luetischer Periostitis einer Zehe wird plötzlich von motorischer Aphasie und Agraphie befallen, welche nach 14tägiger Behandlung mit Injektionen von Hektargyr zusammen mit 3 g Jodkalium pro die schwinden. Einige Zeit später erschien eine rechtsseitige Hemiplegie, ohne Fazialisparalyse und ohne Aphasie, welche auf Quecksilberinjektion in kurzer Zeit sich bedeutend besserte.

A. Gunsett-Straßburg.

Über meningitische Reaktionen, beobachtet im Verlauf der Syphilis, ihre Verhinderung und ihre Prognose, von Leon Ch. Jolivet. (Thèse de Paris, 1912.)

Fritz Loeb-München.

Ein kleines Frühsymptom von syphilitischer Basalmeningitis, von Audry. (Prov. méd., 1912, Nr. 48.) Ein Patient, der vor 14 Jahren vom Verf. mit Inunktionen und Pillen behandelt worden war und immer ein ausschweifendes Leben geführt hatte, erkrankte mit Neuritis optica, Polyurie, Schlaflosigkeit. 14 Tage lang vorher hatte er darüber geklagt, daß er, sobald er den Kopf neigte, ein „Schütteln in den unteren Extremitäten" spüre. Dieses Gefühl war nur subjektiv. Eine objektive Veränderung an den Reflexen war während dieser Zeit nicht nachweisbar.

Werther-Dresden.

Meningitis syphilitica acuta praecox, von Achard und Desbouis. (Bull. méd., 1912, Nr. 92.) Eine 20jährige Patientin kam mit den evidenten klinischen Zeichen einer Meningitis zur Behandlung; auch der Liquor zeigte die entsprechenden Veränderungen Drüsenschwellung in den Leisten; am Genitale soll ein Primäraffekt gesessen haben. Wassermann im Blute und Liquor erst schwach, dann deutlich positiv. Durch spezifische Behandlung gingen die Symptome bis auf die Liquorveränderungen zurück. Nach zwei Monaten Roseola. Die Verfasser glauben, daß die Meningitis zum Ausbruche kam, als die Wassermannsche Reaktion im Positivwerden begriffen war. Durch die spezifische Behandlung werden die Sekundärerscheinungen verzögert.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von knötchenförmiger syphilitischer Meningitis, von K. Sugi-Japan. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 46.) Der Fall stammt aus dem pathologisch-anatomischen Institut der deutschen Universität in Prag und betrifft eine 25jährige Frau, die unter den klinischen Symptomen einer diffussen Myelitis und einer zerebralen Affektion gestorben war und bei der Sektion den Befund einer zerebrospinalen Meningitis mit basaler Lokalisation im Gehirn und vorwiegend zervikaler im Rückenmarke nebst einer Myelitis ergeben hatte.

Ungefähr $^3/_4$ Jahre vorher war der Frau ein Tumor am rechten Oberarm mit den analog veränderten regionären Lymphknoten in der Axilla exstirpiert worden, der sich

Digitized by Google

bei der histologischen Untersuchung als ein Gumma erwiesen hatte. Der Obduktionsbefund ergab nirgends irgend welche Zeichen von Tuberkulose, an welche die kleinen Knötchen zuerst denken ließen. Verf. reiht den Fall an die sog. knötchenförmige syphilitische Leptomeningitis von Duerck an. W. Lehmann-Stettin.

Hemiplegie bei frischer Syphilis, von Renaux. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 43.) Der 24jährige Patient erlitt zwei Jahre nach der Infektion eine rechtsseitige Hemiplegie mit Sprachstörung, die auf Salvarsan prompt verschwanden. $^1/_2$ Jahr später linksseitige Hemiplegie. Richard Frühwald-Leipzig.

Hemiplegie im Frühstadium der Syphilis, von B. Schlüchterer-Chemnitz. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 44.) Bei einer 21jährigen Frau traten wenige Monate nach der Verheiratung luetische Erscheinungen hervor, welche alsbald sachgemäß mit Hg behandelt wurden. Etwa $^1/_2$ Jahr nach dem Einsetzen der ersten sicheren Symptome entstand eine ausgesprochene rechtsseitige Lähmung des Gesichts und der Extremitäten, welche bei dem Vorhandensein von anderweitigen Syphiliden zweifellos als luetisch anzusprechen war. Intravenöse Injektionen von 0,1 Salvarsan wurden gut vertragen; man gab sechs derselben im Laufe von sechs Wochen. Außerdem kamen Injektionen von (im ganzen 0,08) Hydrargyrum salicylicum und von Enesol (10 Ampullen), sowie steigende Dosen (1—3 g) Jodkalium zur Anwendung. Die Lähmung wurde so gut wie völlig beseitigt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Vergleichende Resultate dreier sero-diagnostischer Methoden zur Syphilisdiagnose in der Kinderpraxis, von S. Devilla-Rom. (Gaz. internaz. di Med., Chir., usw., 1911, Nr. 39.) Aus seinen Beobachtungen bei 23 Fällen schließt Verf., daß die Schürmannsche und die Porgessche Reaktion bei nicht luetischen Kindern fast stets negativ ausfällt; daß sie nicht so zuverlässige Resultate wie die Wassermannsche Reaktion liefern, jedoch als nützliche diagnostische Hilfsmittel dienen können.

K. Rühl-Turin.

Die technischen und klinischen Grundzüge der Wassermannschen Reaktion, von Georg Meier-Berlin. (Folia serol., 1911, Bd. 7, Heft 8.) Ausgehend von der Überzeugung, daß die klinische Bedeutung der Wassermannschen Reaktion in aller erster Linie von ihrer technischen Ausführung abhängt, bespricht Verfasser die von ihm als zweckmäßig erkannte Technik unter gleichzeitiger Kritik der sogenannten Modifikationen und Ersatzmethoden. Verfasser betont die Schwierigkeit der biologischen Methode und gibt der Anschauung Ausdruck, daß es zweckmäßig wäre, wenn die Ausführung der Wassermannschen Reaktion auf fachmännisch geleitete Spezialinstitute beschränkt würde. Des weiteren erörtert der Verfasser dann die Frage der Spezifität der Reaktion. Nach seiner Ansicht existieren nur zwei Erkrankungen, die eine Umstimmung des Serums im Sinne einer echten Wassermannschen Reaktion bedingen, nämlich Malaria und Lepra. Für die Tropen käme noch die Framboësie hinzu. Bei den übrigen Erkrankungen, bei denen in der Literatur unspezifische Hemmungen (meist partielle Hemmungen) beobachtet worden sind, läßt sich nach den Erfahrungen des Verfassers die unspezifische Hemmung durch entsprechende Technik ausschalten. Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Diagnose hängt naturgemäß von einer einwandfreien Technik und einer entsprechenden kritischen Beurteilung der Ergebnisse ab. Erkrankungen, die im Zerstreuungskegel der Reaktion liegen, wie Lepra, Framboësie und Rekurrenzfieber, müssen naturgemäß ausgeschlossen werden können. Unter Wahrung entsprechender Vorbedingungen ist es nach Ansicht des Verfassers möglich, allein auf Grund des Ausfalls der Wassermannschen Reaktion die Diagnose Syphilis zu stellen. Die positive Reaktion im Blutserum erlaubt keine Organdiagnose, wohl aber die positive Reaktion im Liquor, die eine syphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems andeutet.

Digitized by Google

Negativer Ausfall der Wassermannschen Reaktion beweist nichts gegen die Existenz einer syphilitischen Infektion. Verfasser weist mit Recht auf die Bedeutung einer sachgemäßen Bewertung inkompleter Hemmungen hin. Bezüglich der Prognose und Therapie steht Verfasser auf dem Neisserschen Standpunkt, wonach positive Wassermannsche Reaktion einen aktiv luetischen Prozeß bedeuten soll und sieht das Endziel einer jeden Therapie in dem Erreichen einer negativen Wassermannschen Reaktion. In Übereinstimmung mit diesem Standpunkt verlangt Verfasser folgerichtig eine Durchführung der Therapie bis zum Eintritt einer negativen Reaktion, wobei die Blutreaktion in bestimmten Intervallen wiederholt kontrolliert werden müßte. Graetz-Hamburg.

Über die Wassermannsche Reaktion und ihre Technik, von C. Bertarelli-Parma. (Pensiero Med., 1911, Nr. 25.) Die Wassermannsche Reaktion soll nur von erfahrenen Ärzten ausgeführt werden. Keine der Modifizierungen hat sich so gut bewährt wie die Originalmethode.

Bezüglich der Technik wird das zu untersuchende Blut am besten aus einer Vene vermittels einer Spritze entnommen. Als Komplement soll nur Meerschweinchenkomplement benutzt werden, welches nicht älter als 5 Stunden sein darf; davon benutzt man am besten etwa 0,05 ccm; da dies schwer abzumessen ist, stellt man eine 50%ige Lösung in physiologischer Kochsalzlösung her und benutzt von derselben 0,1 ccm. Das hämolytische Serum darf nicht zu niedrigen Titers sein; am besten benutzt man Hammelblutkörperchen und gegen diese aktives Kaninchenserum. Die Mischung: NaCl-Lösung, Antigen, Serum des Kranken und Komplement, wird 2—3 Stunden im Thermostaten gehalten. Nach Zusatz des hämolytischen Serums und der Erythrozyten, wird das Resultat am besten nach $^1/_2$ Stunde abgelesen. Bezüglich der Mengen der einzelnen Elemente und der verschiedenen auszuführenden Kontrollfarben, hält Verf. folgende von Levaditi vorgeschlagene Tabelle für sehr empfehlenswert:

Röhrchen Nr.	Physiol. Lösung (0,85 %)	Krankenserum, $^1/_4$ St. auf 55 erwärmt	Antigen ccm	Komplement (50 %) ccm	Ambozeptor ccm	Rote Blutkörperchen ccm		
1	1,5	0,2	0,1	0,1	0,1	1	— +	Syphilis normal
2	1,4	0,2	0,2	0,1	0,1	1	— +	Syphilis normal
3 Kontr.	1,6	0,2	—	0,1	0,1	1	+	um festzustellen, ob das Serum des Pat. die Hämolyse hemmt
4 „	1,7	—	0,1	0,1	0,1	1		um festzustellen, ob das Antigen allein die Hämolyse hemmen kann
5 „	1,6	—	0,2	0,1	0,1	1		
6 „	1,8	—	—	0,1	0,1	1	+	um festzustellen, ob das hämolytische System gut ist
7 „	2	—	—	—	—	1	—	um festzustellen, ob zufälligerweise spontane Hämolyse erfolgt.

K. Rühl-Turin.

Digitized by Google

Welchen Zweck hat die quantitative Bewertung der Wassermann-Reaktion? von Hermann Mayer-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 46.) Quecksilber, Jod und besonders Salvarsan haben neben der Spirochätenabtötung noch eine andere Wirkung auf das Serum. Die Sera zeigen besonders nach Salvarsaninjektionen eine deutliche Erhöhung der hämolytischen Substanzen. So darf man nicht ohne weiteres aus dem Schwächerwerden der Wassermannschen Reaktion noch Salvarsaninjektionen auf eine günstige Beeinflussung der Krankheit schließen. Wahrscheinlich enthalten derartige Sera auch noch Substanzen, die die Bindung des Komplements an den syphilitischen Antigen-Antikörperkomplex beeinträchtigen.

Auf Grund dieser Tatsache und auf Grund der Erscheinung, daß vereinzelte Sera mit verschiedenen Antigenen verschiedene Reaktionen, sogar positiv und negativ nebeneinander zeigen, soll eine quantitative Bewertung der Wassermannschen Reaktion, insbesondere im Umgang mit den Patienten, prinzipiell vermieden werden.

O. Junghanns-Dresden.

Weitere Erfahrungen mit der Mikroreaktion der Syphilis nach Wassermann, von C. S. Engel-Berlin. (Dtsch. Med.-Ztg., 20. Jan. 1912.) Die Abhandlung enthält eine detaillierte Wiedergabe der vom Verfasser geübten Technik der Wassermannschen Reaktion, welche sich an die Originalmethode anlehnt, aber nur ganz minimale Flüssigkeitsmengen verwendet. Für ein kurzes Referat ist die Abhandlung nicht geeignet. Verfasser erachtet die von ihm geübte Technik, für welche er einen besonderen, bekanntlich auch im Handel befindlichen Apparat konstruiert hat, für geeignet, um auch den praktischen Arzt die Ausführung der Reaktion zu ermöglichen. Nach Angaben des Verfassers soll die Mikroreaktion genau dieselben exakten Resultate ergeben, wie die mit größeren Flüssigkeitsmengen ausgeführte Originaltechnik. (?? Ref.)

Graetz-Hamburg.

Der „verfeinerte Wassermann", von Kromayer und Trinchese. (Med. Klinik, 1912, Nr. 41.) Die vorliegende Arbeit behandelt den Unterschied zwischen den Methoden Alexanders und Kromayers bei der Wassermannschen Reaktion. Beide suchten die Reaktion zu verfeinern und zu präzisieren, und der Unterschied zwischen ihnen besteht darin, daß bei Alexander im hämolytischen System das Komplement im Überschuß, der Ambozeptor in geringst möglicher Menge, bei Kromayer der Ambozeptor im Überschuß, und das Komplement in geringst möglicher Menge vorhanden ist. Die Verfasser suchen nun nachzuweisen, daß ihr System das feinere ist, und betonen zum Schluß, daß der negative Ausfall des bis zur äußersten Grenze (bis zur Genauigkeit eines mathematischen Rechenexempels) verfeinerte Wassermann, eine eminent positive Bedeutung hat: die Wahrscheinlichkeit der Heilung der Syphilis. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Der nächste Kongreß der **Deutschen dermatologischen Gesellschaft** findet in Wien am 19. und 20. September d. J. unmittelbar vor der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte statt. Angemeldete Vorträge, die auf dem Kongresse nicht zur Verhandlung kommen, können in den Sektionssitzungen der Naturforscherversammlung gehalten werden. Anfragen sind zu richten an Prof. Ehrmann, Wien IX, Kolingasse 9, oder an Geheimrat Neisser, Breslau XVI, Fürstenstraße 112.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

22. Februar 1913 | Nr. 8 | Band 56.

Aus der I. medizin. (Direktorial-)Abteilung (Prof. Deneke) des Allg. Krankenhauses St. Georg zu Hamburg.

Ein Fall von Aortitis auf Basis einer kongenitalen Lues.

Nach einer Demonstration im Ärztlichen Verein.

Von

Dr. Artur Lippmann, Wissenschaftl. Assistenten.

(Mit 2 Abbildungen.)

Während seit Heubners grundlegender Arbeit über die Syphilis der Hirnarterien bekannt war, daß die kleineren Arterien eine besondere Prädilektionsstelle für die Syphilis bilden, hat sich erst im letzten Jahrzehnt, ausgehend von den Doehle-Hellerschen Arbeiten die Kenntnis verbreitet, daß gerade die Aorta am häufigsten von allen Gefäßen an Spätsyphilis erkrankt. Besonders seit der Einführung der Wassermann-schen Reaktion ist die Kenntnis der Lues der Aorta so vorgeschritten und dadurch auch die Krankheit derart leicht und häufig zu diagnostizieren, daß die Aortitis luetica jetzt mit ihren verschiedenen Folgen (Aorteninsuffizienz, Aneurysma) die frequenteste Gruppe unter den dem Internen zufallenden spätsyphilitischen Erkrankungen bildet. So konnten wir in den letzten 3 Jahren 175 derartige Fälle genauer beobachten, auf die hier nicht näher einzugehen ist.

Von Interesse ist hier nur, daß die Ergebnisse der Sektionen unbedingt für eine aktive, noch im Gange befindliche Syphilis sprechen, denn bei fast allen Fällen fanden sich neben alten, narbigen und schwieligen Prozessen auch ganz frische, von kleinen Infiltraten über miliare und größere Gummen zu großen konfluierenden Nekroseherden. Bekanntlich sind seit Reuters — noch unter Kontrolle von Schaudinn — veröffentlichten Befunden auch neuerdings Spirochäten in derartigen Aorten gefunden worden (Benda, Schmorl usw.), so daß auch dieser Befund unbedingt für den aktiven luetischen Prozeß in diesen Aorten spricht. Es ist nun sehr auffallend, daß man als Kliniker der Aortenlues so oft bei der erworbenen, nicht aber bei der angeborenen Lues begegnet. Es sind zwar bei luetischen Früchten und Frühgeburten (Wiesner, Bruns) histologische Befunde von typischen frischen Luesprozessen beschrieben, doch ist von klinischer Seite kaum etwas bekannt

Digitized by Google

geworden. Es wird dies zum Teil daran liegen, daß die kongenital luetischen Kinder bei schwerer Infektion so früh sterben, daß der Prozeß klinisch nicht wahrnehmbar ist, oder daß andererseits die Infektion überwunden wird und dann gar keine Veränderungen auftreten. Damit läßt sich die Seltenheit der Aortitis bei kongenitaler Lues vielleicht erklären, obwohl der Gegensatz zu der gar nicht so seltenen juvenilen Tabes und Paralyse, einer Krankheitsgruppe, die sich sonst zeitlich ähnlich wie die Aortitis verhält, recht bemerkenswert bleibt. Soweit uns bekannt ist, ist nur von Biermann ein klinischer Fall von Aortenlues beschrieben worden bei einem 19jährigen, kongenital luetischen Mädchen. Es handelt sich hier um einen sehr frühen Fall, worauf noch später einzugehen ist. Ein zweiter, vielleicht hierhergehöriger Fall wurde von Buchta in Wien vorgestellt. Unter unserem großen Materiale (175 Fälle) von Aortenlues fand sich nur ein einziger Fall, der zu dieser Gruppe gehört, und es verlohnt sich auch aus anderen Gründen ihn vorzustellen.

Der Kommis Leopold N., 17 Jahre alt, aus Österreich gebürtig, hat einen Bruder gehabt, der mit 3 Jahren starb. Alle übrigen Geschwister starben gleich nach der Geburt. Der Vater starb mit 43 Jahren an einem Herzleiden. Die Mutter ist gesund. Er selbst war von klein auf sehr elend und schwächlich. Mit 4 Jahren machte er einen Scharlach durch, mit 9 Jahren hatte er längere Zeit Nierenentzündung mit reichlich blutigem Urin. Gelenkrheumatismus hat er nie gehabt. Seit 4 Jahren (also seit dem 13. Jahre) ist er herzleidend. Er hat Atemnot, oft Herzklopfen, Herzstiche und seit einem Jahr auch Beinödeme. Voriges Jahr lag er sechs Monate in einem Wiener Krankenhause — Näheres war dort nicht zu erfahren —, es bestanden häufigere Hämoptoen, und er ließ wieder blutigen Urin. Man behandelte ihn dort schon mit drei Einspritzungen von Hg. Er kam dann nach Hamburg, arbeitete auf einem Kontor, bis er vor vier Wochen wieder mehr Beschwerden bekam (Herzstiche und starke Beinödeme).

Befund am 30. IV. 1912. N. ist ein für seine Größe unterernährter Mann (Gewicht: 69,7 kg bei 1,80 m Länge). Die Temperatur ist normal. Die Gesichtsfarbe ist blaß, mit einem Stich ins Gelbliche. Die Skleren sind gelblich gefärbt. Hämoglobingehalt des Blutes (Sahli) 60%. Die Muskulatur ist gut entwickelt. Zähne gut erhalten, nicht von irgend einem abweichenden Typus. Mundorgane ohne Befund, insbesondere bietet die Zunge nichts Abnormes. Nacken und Halsdrüsen sind deutlich geschwollen, es sind außerdem ziemlich große Achsel- und Leistendrüsen palpabel, die Kubitaldrüsen sind nicht vergrößert. Es fällt eine äußerst starke Varizenbildung der Unterschenkel auf (besonders rechts), ferner ziehen unterhalb des Rippenbogens bleistiftdicke, vielfach geschlängelte Venen in ganzer Breite des Bauches bis über die Nabelgegend herab, ohne ein typisches „Medusenhaupt" zu bilden. Auf dem Rücken finden sich ganz ähnliche mächtige Venennetze, besonders in der Kreuzgegend. An beiden Füßen und Unterschenkeln bestehen Ödeme. Der Thorax ist lang und schmal. Die Lungen bieten außer leichter Bronchitis in den abhängigen Partien nichts Besonderes.

Die relative Herzdämpfung erstreckt sich nach links 12,5 cm, nach rechts 3,5 cm von der Mittellinie. Nach oben geht die relative Dämpfung bis zur dritten Rippe. Die absolute Dämpfung erstreckt sich nach rechts eben bis über den Sternalrand, nach links 8,5 cm.

Digitized by Google

Der Spitzenstoß liegt noch intramammillär im fünften Interkostalraum.

Die Aktion ist regelmäßig. Über der Herzspitze reine Töne, über der Aorta, besonders deutlich aber über dem fünften Punkt (Sternalende der dritten linken Rippe), hört man ein diastolisches und undeutliches leises systolisches Geräusch. Der Puls ist regelmäßig, 64 in der Minute, auf beiden Seiten ungleich stark und zeigt im Syphgmogramm das typische Bild des Aorteninsuffizienzpulses, d. h. einen hohen und schnell ansteigenden Schenkel. Der Blutdruck ist demgemäß links und rechts verschieden, links 150 systolisch, rechts 130 mm Hg zu 75 mm diastolisch.

Fig. 1.

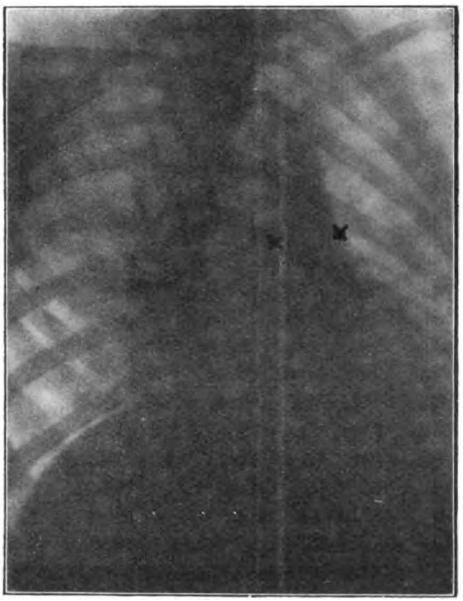


Fig. 2.

Fig. 1. Normale Aorta (40jähr. Mann). Teleaufnahme im I. schrägen Durchmesser.
Fig. 2. Unser Fall. Teleaufnahme im I. schrägen Durchmesser.
Man beachte den Unterschied in Breite (Meßpunkte eingezeichnet) und Schattentiefe.

Im Leib läßt sich keine freie Flüssigkeit nachweisen. Die Leber steht mit ihrem unteren Rande $1^1/_2$ Querfinger über dem Nabel, ist also deutlich vergrößert, es besteht keine Druckschmerzhaftigkeit. Die Gallenblase ist nicht palpabel. Die Milz läßt sich ohne weiteres als harter Tumor fühlen. Der Stuhlgang ist regelmäßig, enthält Gallenfarbstoff, kein Blut. Am Genitale ist nichts Abnormes, vor allem keinerlei Narbe zu finden. Der Urin enthält Spuren Eiweiß, es finden sich im Sediment vereinzelte Erythrozyten und Epithelzylinder, das spezifische Gewicht beträgt 1020 bei 900 ccm Urinmenge in 24 Stunden. Das Nervensystem bietet keinerlei abnormen Befund.

Die WASSERMANNsche Reaktion im Blute ist ++/+++ (d. h. annähernd der stärkste Grad unserer Skala).

Die Röntgendurchleuchtung ergab folgenden Befund (vgl. Abbildung):

Das Herz ist von der Form eines liegenden Eies. Die Pulsation ist stark; nach links besteht ausgesprochene Verbreiterung. Die Aorta erscheint bei der Sagittaldurch-

Digitized by Google

leuchtung nicht verändert, bei der Drehung in den ersten schrägen Durchmesser dagegen, fällt eine erhebliche Verbreiterung und eine starke Schattentiefe auf. Das Mittelfeld ist schmal. Zur Kontrolle wird in 1,5 m Abstand von der Röhre in dieser Stellung eine Moment-(„Tele"-)Aufnahme gemacht. Dieselbe ergibt im Vergleiche mit einer großen Reihe normaler Aortenplatten, die ebenso gewonnen wurden (vgl. weiter unten), eine erhebliche Verbreiterung der ganzen Aorta ascendens (4,2 cm gegen unter 3 cm in der Norm) und eine diffuse Schattenvertiefung, einen Befund, den wir an anderer Stelle als für die Aortitis luetica pathognomisch beschrieben haben.

Die Diagnose: Aortitis luetica mit Befallensein der Aortenklappen stand demnach fest.

Verlauf: Unter Digitalisbehandlung bildeten sich in den nächsten 6 Tagen die Stauungen vollständig zurück.

8. V. Beginn mit Inunktionskur (3 g pro die), am 13. die Zylindrurie ist stärker geworden, das spezifische Gewicht des Urins hält sich bei ungefähr 1 l Urin um 1020, am 21. subjektiv gutes Befinden, Aufstehen, Nierenbefund derselbe, am 4. VI., es ist jetzt eine Inunktionskur von 4mal je 6 Einreibungen von 3 g (= 72 g Hg) beendet. Bettruhe wieder erforderlich. Urinbefund unverändert. Leber bedeutend kleiner. Milztumor auch zurückgegangen, am 14. Urin jetzt völlig normal (bei Hg-Kur), am 19. Beginn einer ZITTMANN-Kur (2mal $^1/_2$ l Decoct. Zittm. forte, $^3/_4$ l mite). Reine Reiswasserdiät. Die Kur wird je 4mal 4 Tage lang gebraucht, mit Pausen von 3—4 Tagen zwischen je 2 Serien. Es wurde stark mit elektrischem Schwitzkasten geschwitzt und strenge Bettruhe eingehalten. Am 17. VII. Die Kur wurde gut vertragen. Bei jeder Serie erfolgt durch die starken Durchfälle eine Abnahme von 2—3 kg, die nachher immer schnell ergänzt wurden. Die Körpertemperatur war immer normal. Es besteht jetzt wieder das alte Körpergewicht. Aussehen gut, subjektives Wohlbefinden. Die Varizzen am Kreuz und am Abdomen sind erheblich dünner geworden. Milz kaum fühlbar. Die Herzgröße ist unverändert. Die Geräusche sind unverändert. Der Urin ist zurzeit ganz normal. Der WASSERMANN ist negativ.

Nachuntersuchung: Am 15. XI. 12.

N. voll arbeitsfähig (jetzt Musiker in einem Café, vorher Reisender für Emailbroschen). Das Aussehen blieb gut. Subjektiv besteht Wohlbefinden. Der Herzbefund hat sich insofern geändert, als das systolische Geräusch ganz fehlt und das diastolische deutlich leiser geworden ist. Die Venen am Rücken und die Beinvarizen sind kleiner geworden. Blutdruck rechts 125, links 130 zu 70 mm Hg. Es besteht wieder eine Albuminurie ($^1/_4$ ‰ beim Tagesharn, ohne Blutausscheidung; keinerlei Zylindrurie).

Der WASSERMANN ist auch mit verschärften Kontrollen (Cholestearin und Kältemethode nach JACOBSTHAL) negativ. Eine letzte Untersuchung am 31. XII. 12. ergab, daß der WASSERMANN auch mit allen Verfeinerungen negativ geblieben ist. Der Befund blieb derselbe, es besteht Arbeitsfähigkeit.

Zusammenfassung: 17jähriger Mann, einziger lebender Sohn eines mit 43 Jahren an einem Herzleiden gestorbenen Vaters, ist seit dem 13. Jahre herzleidend. Befund: einwandfreie Aortitis mit konsekutiver Aorteninsuffizienz, daneben Venenveränderungen. Dabei sicher nachgewiesene Lues, die außer den Gefäßveränderungen keinerlei Erscheinungen macht.

Die gegen Syphilis als ätiologischer Faktor der Aortenerkrankung zu erhebenden Einwände lassen sich leicht entkräften. Auf den Schar-

Digitized by Google

lach läßt sich der Befund nicht beziehen, denn die Herzbeschwerden traten erst neun Jahre später auf, dazu ist die Aorteninsuffizienz als Folge des Scharlachs sehr selten und macht gleich schwere Erscheinungen. Auch die bestehende Nephritis, die jahrelang nach dem Scharlach begann und sehr gut auf Quecksilber reagierte, spricht gegen Scharlach und für Syphilis. Weiter sind die schweren Venenveränderungen ein guter Beweis für eine alte — angeborene — Lues, und schließlich spricht der Röntgenbefund — erhebliche Dilatation und Verdickung (gleich Verdunkelung) der Aorta — ganz einwandfrei, wie wir an anderem Orte zeigen konnten, für die Lues aortae (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, Bd. XIX, S. 253).

Sehr bemerkenswert ist nun der lange Zwischenraum zwischen Infektion — hier kongenital — und Manifestwerden der Aortensymptome. Es ist hier eine Zeit von 13—14 Jahren anzunehmen oder 17 Jahre bis zum Auftreten deutlicher Aorteninsuffizienzerscheinungen.

Ganz dasselbe fanden wir nun bei unserem großen Materiale von Aortitisfällen bei erworbener Syphilis. Die Durchschnittswerte (Berechnung aus 175 Fällen) für das Auftreten der Herzerscheinungen nach der Infektion sind 15—20 Jahre. Daraus folgt, daß die Leute mit Aortitis, da die Infektion meist mit 22—25 Jahren erfolgt, ungefähr mit 42 Jahren in die Behandlung kommen, und bei der schlechten Prognose dieser Spätformen mit ungefähr 43—45 Jahren sterben. Wir sehen nun das Überraschende, daß der Vater des Patienten, der selber keine Lues erworben hat, sie also angeboren hatte, mit 43 Jahren an einem Herzleiden starb, und sind vielleicht hieraus berechtigt zu schließen, daß es sich bei dem Vater um dieselbe Erkrankung gehandelt hat.

Die Prognose in unserem Falle ist entschieden günstiger zu stellen, denn die Wassermannsche Reaktion ließ sich beeinflussen und ist auch bei wiederholten Kontrollen negativ geblieben, so daß man einen Stillstand des syphilitischen Prozesses annehmen kann. Die Klappenveränderungen, die hier allerdings schon bestehen, werden nicht mehr zu heilen sein, aber die Aorta selbst kann und wird sich wieder verkleinern. Die Therapie war sehr energisch, sie scheint aber bei diesen jugendlichen Leuten mit kongenitaler Lues noch rechtzeitig zu kommen, im Gegensatz zu den Fällen mit Aortitis bei erworbener Lues, wo wir nur seltene Heilerfolge sehen. Wir sahen demgemäß bei unserem Falle, daß der Wassermann dauernd negativ wurde, während uns dieses trotz aller Therapie bei erworbener Lues nicht glückte.

Alles in allem haben wir eine bedeutende Ähnlichkeit unseres Falles mit dem von Biermann beschriebenen Falle, der allerdings einem früheren Stadium angehörte, in dem die Aortenveränderung die Klappen noch

Digitized by Google

verschont. Es handelte sich bei ihm um ein 19jähriges, unehelich geborenes Dienstmädchen, bei dem vor allem schwere Veränderungen an den peripheren Arterien auffielen. Die Herztöne waren rein. Eine Röntgenuntersuchung der Aorta ergab eine bedeutende Erweiterung der Aorta, aus der allein im Zusammenhange mit dem stark positiven Wassermann die Diagnose Aortitis syphilitica gestellt werden konnte. Sehr energische, antisyphilitische Kuren (Quecksilber, Salvarsan, Zittmann) besserten die Symptome wesentlich, brachten dauernd bestehende Temperaturerhöhungen zum Schwinden und machten die Wassermannsche Reaktion negativ. Auch hier haben wir ähnliche zeitliche Verhältnisse in bezug auf Beginn der Erkrankung nach der Infektion wie in unserem Falle, und auch hier den Erfolg der antiluetischen Kur (Wassermann „—").

Hieran reiht sich dann vielleicht noch der dritte, aber nicht recht typische (17 J.) von Buchta in der Wiener dermatologischen Gesellschaft demonstrierte Fall, bei dem die Veränderungen an den peripheren Arterien die Hauptsache waren und der Aortenbefund ganz zurücktrat. Weitere konnte ich nicht in der Literatur finden. Es ist jedoch anzunehmen, daß man bei Jugendlichen mit hereditärer Lues im zweiten Lebensjahrzehnt häufiger dem Krankheitsbilde begegnen wird, wenn man erst mit allen klinischen Hilfsmitteln (Röntgen) danach sucht.

Literatur.

Biermann, Erkrankungen des arteriellen Gefäßsystems und ein Fall von Aortitis bei kongenitaler Syphilis. Dtsch. med. Wochenschr., 1911, S. 1157. — Buchta, Arch. f. Derm., Bd. 63, S. 379. — Bruns, Aortenerkrankungen bei kongenitaler Syphilis. Berl. klin. Wochenschr., 1906, S. 217. — Reinhold, Luetische Erkrankungen der Aorta, Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 42. — Deneke, Vortrag Ärztlich. Verein. Dtsch. med. Wochenschr., 1913. Lippmann u. Quiring, Die Röntgenuntersuchung der Aortenerkrankungen, mit spezieller Berücksichtigung der Aortenlues. Fortschr. f. Röntgenstr., Bd. XIX, S. 253.

Aus der k. k. deutschen dermatologischen Klinik in Prag
(Vorstand: Prof. Dr. K. Kreibich).

Pustulös-hyperkeratotisches Exanthem bei gonorrhoischer Allgemeinerkrankung.

Von

Dr. Paul Sobotka, Assistenten der Klinik.

(Schluß.)

Einen besonders bemerkenswerten Zug im klinischen Bilde unseres Falles stellte die Anwesenheit von blasenartigen Effloreszenzen und ihre Schritt für Schritt zu verfolgende Umwandlung in hornige Herde dar;

Digitized by Google

wenn wir in dem Stadium, in welchem der Kranke sich in unserer Beobachtung befand, nur noch kleinere Effloreszenzen so entstehen sahen, größere aber sich vor unseren Augen nicht mehr entwickelten, so wiesen doch an sehr vielen schon vorhandenen größeren Herden schmale trübe Randblasen auf die Art ihrer Entstehung hin. Der Befund hat nicht viele Vorläufer in der Literatur und der Gedanke einer engeren Zugehörigkeit zwischen vesikulösen und hyperkeratotischen Hautveränderungen bei Gonorrhöe ist erst in allerletzter Zeit ausgesprochen worden. Vidal, Baermann (S. 363) haben in ihren Fällen von hyperkeratotischen Exanthemen ganz ausnahmsweise ein Bläschen gesehen und Umwandlung in einen Hornkegel festgestellt; Roth (S. 1041), dessen Beweisführung eine sichere Bläschenbildung sehr gelegen käme, kann doch nur von einem „fast vesikulären Stadium" sprechen; Wadsack sah linsengroße, rote, erhabene Flecken sich mit Schuppen bedecken, „ohne daß ein ausgesprochen vesikulöses Stadium dazwischen lag". In dem Falle von Löhe, auf den ich noch zurückkommen muß, waren nur Bläschen vorhanden, aber, wie es scheint, klinisch keine Beziehungen zum hyperkeratotischen Exanthem zu vermuten. Chauffard und Fiesinger sprechen sich über den weißlichen Saum, der jede ihrer Effloreszenzen an den Füßen umgab, nur außerordentlich vorsichtig aus.[1]) Rost verzeichnet in seinem Fall II Pusteln und zwei kleine flache Bläschen mit salbenartigem Inhalte; nur läßt sich, wie ich glaube, der Krankheitsgeschichte, deren Verwertung auch nach einer ganz anderen Richtung zielt, nicht mit Sicherheit entnehmen, ob sie mit den später gleichfalls beobachteten Hyperkeratosen Beziehungen besaßen. Kürzlich nun aber haben Arning und Meyer-Delius gegen die bis dahin gültige Anschauung von Buschke, der nach dem im Jahre 1899 vorliegenden Materiale nicht ohne Berechtigung die hyperkeratotischen von den andersartigen gonorrhoischen Exanthemen grundsätzlich abgetrennt hatte, entschieden Stellung genommen. Denn die mit einem Epitheldetritus gefüllten hornigen Vorwölbungen an Händen und Füßen „imponieren als flache Blasen mit dicker Hornschale". Der klinische und der histologische Befund, letzterer an einer kegelförmigen Effloreszenz der Brust erhoben, leiten zu der Auffassung: „Es handelt sich um eine Entzündung, die zu einer Blasenbildung führt"; „die Keratosen haben ein vesikuläres Vorstadium, dem sich die eigentliche parakeratotische Krustenbildung anschließt"; das vesikuläre Stadium in seinem schnellen Ablaufe kann freilich in der Regel nur an Stellen mit dickem Hornlager (Schutz vor Platzen und

[1]) „Deux corolles: une première, blanchâtre, qui fait croire au bord d'une vesicule sous jacente . . ."

Digitized by Google

Eintrocknung), wie an den Füßen beobachtet werden (S. 13 u. 24 des Sonderabdr.). Der Übergang zu den rein bullösen Exanthemen ist damit gegeben; zur Stütze der dargelegten Ansicht kann außer anderen von den beiden Hamburger Forschern beigefügten Fällen besonders derjenige dienen, in welchem neben multiplen Gelenksentzündungen, aber ohne daß Hornbildung an den Fußsohlen und Handtellern aufgetreten war, durch reichlich drei Wochen an Beinen und Armen immer wieder neue nadelkopf- bis erbsengroße, zum Teil gruppierte Bläschen trüb serösen Inhaltes entstanden, die zu braunroten Schuppen (und Borken) eintrockneten (S. 13 des S.-A.).

Die Allgemeingültigkeit der von Arning und Meyer-Delius mit Bestimmtheit ausgesprochenen Anschauungen, die nach den klinischen Schilderungen mancher früheren Beobachter besonders bemerkenswert sind, kann ein Einzelfall wie der meine natürlich nicht erweisen. Auch mag bemerkt werden, daß wir an den Effloreszenzen im Gesichte, die freilich nicht ganz typisch aussehen, deren abgelöste Beläge sich aber mikroskopisch als leukozytendurchsetzte Platten aus kernhaltiger Hornschicht erwiesen, klinisch ein Blasenstadium nicht erkennen konnten. Aber indem unser Fall durch die eigenartige Entwicklung vieler der miliariaartigen Anfangsherdchen und durch die Ausbildung von Hornschildchen mit überaus deutlichem wallartigen Blasensaume das Vorkommen einer Umwandlung von bläschenförmigen in hyperkeratotische Exantheme und die Vereinigung beider in einer Effloreszenz über große Hautgebiete hin mit besonderer Klarheit dartut, scheint er (neben dem oben erwähnten Hamburger Fall) ein gewisses grundsätzliches Interesse zu gewinnen. Eine Einschränkung mag dadurch gegeben sein, daß wir die Entwicklung gerade der vollendetsten, mit den schönsten Blasensäumen begabten Effloreszenzen nicht beobachten konnten, weil sie zur Zeit der Aufnahme des Kranken eben schon vorhanden waren, daß wir also nicht mit Sicherheit jeden Einzelherd gerade auf unsere trüben Bläschen zurückführen können. Außerdem wird es sich im folgenden noch notwendig erweisen, die Frage zu beantworten, ob denn jene allerkleinsten Bläschen unseres Falles so ohne weiteres mit den Effloreszenzen der bisher beobachteten vesikulös- oder pustulös-hyperkeratotischen Exantheme in eine Reihe gestellt werden können.

In engem Zusammenhange mit dem Bläschenausschlage des Stammes und der Gliedmaßen muß unter den Eigenheiten des Falles auch der ungewöhnlichen Beschaffenheit der Balanitis gedacht werden. Eine Balanitis circinata ist eine überaus häufige örtliche Erscheinungsform eines allgemeinen hyperkeratotischen Exanthems, ja sogar nicht selten die einzige Projektion einer gonorrhoischen Allgemeinerkrankung auf die

Digitized by Google

Körperoberfläche (Arning und Meyer-Delius, S. 14ff. des S.-A.). Mangel jeder Schuppenbildung, die sich in unserem Falle durch die starke Mazeration erklären läßt, und Zusammenfließen der kleinen Effloreszenzen scheint nicht allzuoft vorzukommen, ist aber auch bei Arning und Meyer-Delius erwähnt. Nicht beschrieben dagegen, soviel ich sehe, ist die bläschenähnliche Anfangsform der Herde, welche die Verwandtschaft des Ausschlages an Vorhaut und Eichel mit demjenigen des Rumpfes und der Gliedmaßen so deutlich macht.

Stand zwar nicht gerade für den klinischen Gesamteindruck, aber für die kritische Betrachtung des Falles das Bläschenstadium mit im Vordergrunde, so konnten auch von der histologischen Untersuchung jener jüngsten Effloreszenzen fruchtbare Aufschlüsse erwartet werden. Diese Hoffnung hat sich allerdings nicht ganz erfüllt, weil die Erlaubnis zur Entnahme auch einer der etwas größeren, molluskumähnlichen Effloreszenzen von dem Patienten nicht zu erlangen war.

Das spindelförmige Hautstück von der Gegend des Processus styloides ulnae, das zur Verarbeitung gelangte, stammt vom Rande einer größeren Gruppe kleinster trüber Bläschen und enthält eine große Zahl jener kleinen Effloreszenzen auf verschiedenen Stufen der Entwicklung; von ihnen lassen sich viele in der Schnittreihe zur Gänze übersehen, eine ganze Anzahl anderer gehört immerhin noch mit ihrem größten Anteile der Serie an. In derjenigen Zone des Hautstückes, welche der gesunden Haut zugekehrt ist, beschränken sich die Veränderungen auf wohlbegrenzte Krankheitsherde; weiter gegen das Innere der Effloreszenzengruppen hingegen besteht leichte Entzündung des Papillarkörpers und geringes intrazelluläres Ödem der Epidermis in diffuser Ausbreitung. Auch in den beschriebenen Effloreszenzen selbst gehören die pathologischen Veränderungen den oberflächlichen Hautschichten an. Das ziemlich dichte Infiltrat, bestehend aus lymphoiden Zellen, Bindegewebszellen, ganz spärlichen Plasmazellen, überschreitet nur an einigen Stellen und nur in sehr geringem Maße die untere Grenze der Papillarschichte; in der Subpapillarschichte sind nur noch die Gefäßchen von Infiltrat in wechselndem Grade umscheidet. In größeren Tiefen des Bindegewebes finden sich lediglich ganz vereinzelte Exsudatzellen und vermehrte Bindegewebszellen; insbesondere sind auch die bei anderen Entzündungen so regelmäßig ergriffenen tieferen Teile der Follikel fast völlig frei von Infiltrat. Die Papillen als Hauptsitz der Entzündung sind stark verändert, die einen zwar nur leicht ödematös, die anderen aber mächtig geschwollen und zerdehnt zu einem großmaschigen feinen Bindegewebsnetz, in welchem die elastischen Fasern schon schlechter färbbar geworden sind. Wenigstens in einigen von ihnen ist nur der eine Schenkel der Kapillarschlinge erweitert, nicht ganz unähnlich dem Verhalten, das zuerst von Unna (Histopathologie) für Psoriasis beschrieben worden ist. Eine ausnahmsweise vorkommende Verlängerung der Papillen und mit ihnen der Epidermiszapfen kann vollkommen durch das Ausdehnungsbestreben des ödematösen Bindegewebes erklärt werden. Die Entzündung mit ihrer starken zelligen und

Digitized by Google

serösen Exsudation ist auch die Ursache der am meisten auffallenden Erscheinung des Gesamtbildes, nämlich der Bildung von Hohlräumen in der Epidermis, die in verschiedenen Stadien vorliegen. Dabei handelt es sich — ohne scharfe Scheidung — entweder mehr um das Bild eines Abszesses, der sich unter der normal hinziehenden Hornschicht im Rete Malpighii halbkugelförmig oder selbst kugelförmig entwickelt hat und in welchen Teile seiner spongiotischen Epidermiswände abstürzen, oder aber mehr um das Bild einer eigentlichen Blase mit meist viel geringerer Gewebszerstörung, mit flach emporgehobenem Dache aus Hornschicht und mit muldenförmig eingedrücktem Rete Malpighii als Boden, nicht selten auch an den Randteilen mit bloßer Einlagerung von zelligem Exsudat zwischen die spongiotischen Epithelelemente an Stelle des völligen Auseinanderweichens der Schichten. Besonders bei den nicht ganz akuten Effloreszenzen besteht die Blasendecke nicht allein aus dem normalen, schmalen Stratum corneum, sondern auch aus einer unmittelbar darunterliegenden parakeratotischen Schicht, welche manchmal an den Randteilen am kräftigsten entwickelt ist. Der Blaseninhalt setzt sich in sehr wechselnden Mengenverhältnissen und bunter Mischung zusammen aus zerfallenden oder verbackenen Leukozyten und auch Lymphozyten, aus feinkörnig geronnener Exsudatflüssigkeit und Schollen kernhaltiger Hornzellen oder sonstiger abgestoßener Epithelzellen. Gewisse, äußerst spärlich vorhandene, kokkenartige Körperchen können auch Kerntrümmer sein; Gonokokken sind nicht zu entdecken. — Der Epidermisanteil, der als Blasenboden verbleibt, ist gegen die Randteile der Blase hin manchmal etwas breiter als normal, in der Blasenmitte oft verschmälert durch Dehnung, durch Zerstörung in abszeßartigen Herden, wohl auch durch übermäßige Abstoßung parakeratotischer Hornlagen. Die oberflächlichsten Schichten haben nur ausnahmsweise und höchstens gegen den Blasenfalz zu den Charakter eines Stratum granulosum; sie sind von flachen Zellen gebildet, zuweilen schon parakeratotisch, meist, besonders am Blasenfalze, spongiotisch. Die Abplattung der Zellen kann über den Papillenspitzen selbst die Basalzellen betreffen. Mäßige Mengen von größtenteils gelapptkernigen Exsudatzellen durchsetzen die Epidermis; in manchen Fällen aber, und zwar auch noch an Herden mit allen Zeichen der Rückbildung (sieh weiter unten), entwickelt sich innerhalb des Blasenbodens, unter seinen oberen verhornenden Schichten, eine viel stärkere Ansammlung lymphoider Zellen, die schließlich innerhalb des alten Blasenbodens einen neuen blasenartigen Hohlraum mit parakeratotischem Dache und mit spongiotischen Wänden und ebensolchem Grunde bilden kann. — Manche Blasen zeigen mit ihrem eingedickten, verbackenen Inhalte, parakeratotischer Regeneration der Zellen des Blasenbodens und verminderter Entzündung im Papillarkörper entschieden Rückbildungserscheinungen; kleine buckelförmige parakeratotische Einlagerungen der Hornschicht, nach oben und unten zu von normalen Hornlagen begrenzt, normalen Epidermisschichten und normalem Papillarkörper aufliegend, sind offenbar Endstadien, bei ihrer geringen Ausdehnung zum Teil wohl solche von abortiven Blasen. Ganz ähnlich ist die Parakeratose an der leicht muldenförmigen Erweiterung der freien Enden mehrerer Haarbalgtrichter aufzufassen. Andere Haarbälge münden

Digitized by Google

begreiflicherweise auch in akute Herde ein, doch ohne bestimmte Lagebeziehungen; wiederum andere aber sind ganz frei von pathologischen Veränderungen. Genau das gleiche gilt von den Ausführungsgängen der Schweißdrüsen. Man gewinnt den Eindruck, daß beide Arten von Mündungen der Ansiedlung des Entzündungsvorganges eine günstige Stätte bieten, daß er jedoch an sie nicht gebunden ist.

Alles in allem handelt es sich also bei diesen kleinen pustulösen Herden um einen Vorgang lebhafter Entzündung im Corpus papillare mit starken Veränderungen ganz besonders in den oberen Epidermisschichten; wo die Entzündung am akutesten ist, bleiben über dem entstehenden Hohlraume die Hornschichten unverändert, wo sich aber das Auseinanderweichen des Gewebes langsamer vollzogen hat, war Zeit zur Bildung einer parakeratotischen Decke vorhanden. Hier und da entwickelt sich unter der ersten Blase eine zweite mit parakeratotischem Dache. Auch bei der Rückbildung der Effloreszenzen ist die Ausbildung starker Parakeratose bemerkenswert. Die Krankheitsherde bevorzugen bis zu einem gewissen Grade den Sitz an den Mündungen der Haarbälge und Schweißdrüsen.

Wie die Weiterentwicklung der miliariaartigen Effloreszenzen zu solchen von Molluskumform, von welchen ich leider keine zur Untersuchung erlangen konnte, gedacht werden muß, ist nicht ganz sicher zu sagen. Wahrscheinlich spielt zentrifugal fortschreitende Abhebung bei gleichzeitiger starker Epithelabstoßung vom Blasenboden her, ferner besonders auch die beschriebene Bildung von neuen Blasen unter den alten mit Empordrängung des alten Blasenbodens eine Rolle. — Das klinisch beobachtete Einsinken und Eintrocknen mancher Bläschen war im histologischen Bilde ohne weiteres wiederzufinden.

Mannigfache Beziehungen ergaben sich zwischen meinen histologischen Bildern und den von anderen Untersuchern bisher bei gonorrhoischen hyperkeratotischen Exanthemen erhobenen Befunden. Diese letzteren betreffen aber fast ausschließlich größere, mit einer dicken Hornlage oder einem Hornkegel belegte Effloreszenzen einer späteren Entwicklungsstufe, wie sie Chauffard, Baermann, Chauffard und Froin, Chauffard und Fiessinger, Sequeira, Arning und Meyer-Delius, Buschke (Hdb.) vor sich hatten.

Aus den Beschreibungen dieser Forscher läßt sich etwa folgendes Bild zusammensetzen: Das nur mäßig dichte Entzündungsinfiltrat der Kutis, in dem die verschiedenen Beschreiber besonders das Vorhandensein von Leukozyten und Mastzellen oder von Lymphozyten um die Gefäße und von vermehrten fixen Bindegewebszellen oder aber von Plasmazellen hervorheben, reicht kaum über die Papillarschicht hinaus in die Tiefe. Die Papillen sind verlängert (Dermatitis papillaris hyperkeratotica nach Baermann; S. 369) und stark ödematös mit erheblicher Erweiterung der Blut- und Lymphgefäße. Die schwersten Veränderungen weist die Epidermis auf. Das Rete Malpighii ist nach Arning und Meyer-Delius beträchtlich verbreitert, nach Chauffard und Froin verschmälert, zeigt schon in den tiefen Schichten etwas Status spongoides, weiter oberflächlich aber am Rande der Effloreszenzen, der sich scharf von der normalen Umgebung abgrenzt, höchstgradige Spongiose der

Digitized by Google

Zellen bis zur fadenförmigen Verdünnung und ist nach allen Beschreibungen von Wanderzellen durchsetzt. Die Körnerschicht ist ganz oder fast ganz unkenntlich (CHAUFFARD: dicke Eleidinschicht). Die Hornschichte fehlt an ihrem gewöhnlichen Orte; dem Herde liegt eine Kruste auf, welche zerfallene Leukozyten, geronnenes Serum und verhältnismäßig dicke oder auch ganz besonders dicke kernhaltige Hornlagen, in mehrere Schichten gesondert, enthält. ARNING und MEYER-DELIUS sahen in dem von ihnen beschriebenen Falle stellenweise vom Rande her noch normales Stratum corneum über die Kruste mit ihren parakeratotischen Hornlagen herübergeschoben, „so daß hier wohl primär eine Blasenbildung vorhanden gewesen sein muß, die sich aber rasch durch Eintrocknung und Neubildung parakeratotischer Hornschicht vom Grunde in eine Schuppenkruste verwandelt hat"; in der Blasenmitte waren die obersten Schichten des Rete Malpighii schon wieder parakeratotisch verhornt.

Also auch hier akute Entzündung, und zwar eine solche, die in auffallendster Weise die obere, hornbildende Reteschicht beeinflußt; auch hier, wenigstens nach der begründeten Meinung der eben genannten Verfasser, Blasenbildung; auch hier sehr starke Spongiose und parakeratotische Regeneration der Epidermis. Nur ist in den Beschreibungen der vollendeten hyperkeratotischen Effloreszenz ganz naturgemäß die Akuität der Entzündung doch gemäßigter, die Blasennatur nicht entfernt so stark hervortretend wie eben im Bläschenstadium des von mir gesehenen Exanthems; es ist ferner die auch nach dem klinischen Bilde besonders den älteren Effloreszenzen zukommende Papillarwucherung nachweisbar und die Hyper- und Parakeratose (von denen, nebenbei bemerkt, die letztere in der recht ungenügenden Benennung des „hyperkeratotischen" Exanthems gar nicht zur Geltung kommt) noch bedeutend stärker ausgeprägt als bei den beschriebenen kleinen Effloreszenzen meines Falles.

Leider besteht keine histologische Untersuchung von Bläschen in dem vesikulös-hyperkeratotischen Falle von ARNING und MEYER-DELIUS, der dem unsern sehr nahe steht, wenn er auch, wie es scheint, nicht zur Beobachtung einer so interessanten Effloreszenzenreihe Anlaß gegeben hat. Dagegen habe ich in der Literatur einen Fall beschrieben gefunden, in dem klinisch nur Bläschen ausgebildet schienen, histologisch aber schon ein Hinweis auf die Neigung der gonorrhoischen Effloreszenzen zur Parahyperkeratose zu erkennen war. LÖHE nämlich bringt folgende Beobachtung: 31jähriger Mann. 13 Tage nach Beginn eines Harnröhrenausflusses, 2 Tage nach dem Eintreten allgemeinen Übelbefindens und beiderseitiger Leistendrüsenschwellung, entsteht über Nacht ausschließlich am Rumpfe, namentlich an der Brust, ein Ausschlag, zusammengesetzt aus symmetrisch angeordneten, einzelnen oder gruppierten, herpetisch oder satellitiform gestellten Bläschen von Stecknadel- bis Hanfkorngröße mit lebhaft rotem Grunde und anfangs klarem, später eitrig getrübtem Inhalte. Nachschübe, wieder nur am Rumpfe, in den nächsten Tagen. Temperatur gesteigert, nach wenigen Tagen normal, leichte Endokarditis. Am vierten Tage nach seinem Auftreten ist das Exanthem im Abblassen, am fünften Tage sind die Effloreszenzen zum Teil eitergelb,

Digitized by Google

zum Teil geplatzt und in Borken verwandelt. Gonokokken im Harnröhreneiter reichlich, aus diesem und dem Punktionssafte der Leistendrüsen rein gezüchtet. Gelenkschmerzen sind nicht verzeichnet. Histologischer Befund: Unter einer serös-leukozytäre Kruste liegt parakeratotische Hornschicht, dann normales Stratum corneum und eine einzige Reihe von Zellen der Körnerschicht; diese Lagen zusammen bilden die Decke eines unregelmäßig begrenzten Hohlraumes im Rete Malpighii, welcher Leukozyten nnd einige Epithelzellen enthält und dessen Boden 3—4 spongiotische, leukozytendurchsetzte Reihen von Epithelzellen bilden. Im Stratum papillare und subpapillare mäßiges Ödem, starke Gefäßerweiterung, um die Gefäße Infiltration aus Lymphozyten, vereinzelten Plasmazellen, gewucherten Bindegewebszellen, spärlichen Leukozyten. Elastische Fasern normal. In der Abszeßhöhle und in einzelnen Blutgefäßen der Umgebung einige „als Diplokokken anzusprechende Gebilde", deren Gonokokkennatur nicht behauptet werden kann.

Sicherlich weist dieser Fall klinisch nicht unwesentliche Unterschiede gegenüber dem meinen auf, so vor allem das Unterbleiben einer weiteren Entwicklung der Bläschen und das Fehlen der Gelenkserkrankungen, daneben auch noch die anscheinend stärker ausgesprochene Gruppierung der Effloreszenzen, ihre Beschränkung auf den Rumpf, das längere Klarbleiben des Bläscheninhaltes. Gerade um der klinischen Hauptunterschiede willen ist es nun sehr bemerkenswert, daß histologisch zwischen dem Exanthem in Löhes Fall und dem entsprechenden Anfangsexanthem bei meinem Kranken überhaupt keine wesentliche Verschiedenheit besteht. Denn die unregelmäßige Form des Abszesses, die nicht so gewaltige Ausbildung des Bindegewebsödems, die Unversehrtheit der elastischen Fasern kommen kaum in Betracht. Einigermaßen auffallend ist allerdings das Vorhandensein einer gesunden Zellreihe von Stratum granulosum über dem Abszeß und einer Schicht normalen Horngewebes unter der parakeratotischen Schicht. Diese Eigentümlichkeiten, über welche die von Löhe gebrachten Abbildungen leider nicht genauen Aufschluß geben, werden aber weniger auffallend, wenn man annimmt, daß der Entzündungsvorgang in der von Löhe beschriebenen Effloreszenz seinen Höhepunkt schon überschritten hatte; das von Löhe bezeichnete gegenseitige Verhalten der beiden Hornschichtlagen habe denn auch ich in meinen Präparaten angedeutet gefunden.

Wenn Löhe sein „herpetiformes gonorrhoisches Exanthem" mit Wunderlichs „remittierendem Fieber mit Phlyktänideneruption", die eine ganz andere Ätiologie besitzen, und mit ähnlichen Fällen zusammenfaßt, so ist das vom morphologischen Standpunkte sicher nicht uninteressant. Worauf es mir aber hier viel mehr ankommt, ist, daß der Fall wohl zeigt, daß auch bei gonorrhoischen Exanthemen, welche klinisch in bezug auf Parakeratose vollkommen abortiv verlaufen, diese Horngewebsveränderung in Wirklichkeit vorhanden sein kann. Nehme ich hinzu, daß in meinem Falle manche Blasen histologisch keine abnorme Beschaffenheit des Stratum corneum darboten, andere aber, an denen klinisch keine Hyperkeratose zu erkennen war, histologisch eine solche aufwiesen (und endlich, daß klinisch viele Blasen tatsächlich nicht in Hyperkeratose ausgingen), so scheinen mir durch Löhes und meinen Fall und besonders

Digitized by Google

durch ihre Nebeneinanderstellung nun namentlich auch histologisch alle Stationen des Überganges zwischen blasigen und hyperkeratotischen Exanthemen bei Gonorrhöe gegeben zu sein. Allerdings handelt es sich dabei immer um ein kleinblasiges Exanthem; auch kann die Frage, ob jede hyperkeratotische Effloreszenz vorerst blasig gewesen sein muß, nach meinen Befunden an einem ausgesprochenen Blasenexanthem noch nicht als im bejahenden Sinne entschieden angesehen werden.

Jedoch nur unter einer Bedingung vermögen die erörterten Befunde zur Klärung gerade des Verhältnisses der Bläschen und der Hyperkeratosen gonorrhoischer Exantheme beizutragen. Einer der auffallendsten Züge in allen je geschilderten histologischen Bildern junger und alter Herde ist die Oberflächlichkeit der Entzündung und der Sitz der hauptsächlichen Veränderungen in den oberflächlichen Epidermisschichten, ja „man könnte", wie Arning und Meyer-Delius (Seite 12 des S.-A.) hervorheben, „ohne Kenntnis der klinischen Läsionen nach dem Präparat an eine exogene Schädlichkeit denken"; in einem Falle wie dem meinen aber, wo ein Teil der „klinischen Läsionen" so uncharakteristischer Art ist, kann man sich solcher Erwägungen am allerwenigsten erwehren. Die Ähnlichkeit mit Miliaria alba war doch erheblich, das Auftreten einer solchen wäre bei einem Kranken mit remittierendem Fieber ganz begreiflich. Sollte es sich aber um Miliaria gehandelt haben, so würde zwar gleichfalls ein Fall von gonorrhoischem Exanthem vorliegen, aber nicht ein solcher mit primärgonorrhoischen Effloreszenzen und dem Übergang gonorrhoischer Bläschen in hornige Herde, sondern ein klassisches Beispiel etwa im Sinne Chauffards für die Umwandlung von banalen Hautherden in ausgeprägt gonorrhoisch-keratotische infolge der gonorrhoischen Allgemeininfektion. Es ist wohl nicht allzu pedantisch, dieser grundsätzlichen Frage näher zu treten. Gewisse auffallende Unterschiede im histologischen Bilde meines Exanthems gegenüber demjenigen der Miliaria alba[1]), wie gerade die Hyperkeratose oder das gelegentliche Vorkommen einer neuerlichen Auseinanderdrängung des Gewebes unter dem alten Blasenboden beweisen nichts gegen das unspezifische Wesen der Affektion und lassen sich ohne Zwang auf die frühzeitige Mitwirkung der hornbildenden und erwiesenermaßen an schon gereizten Stellen angreifenden gonorrhoischen Komponente beziehen; daß die Entzündung, das Papillarödem, die Spongiose in meinem Präparate vielleicht kräftiger ausgebildet sind, als es den mir vorliegenden Beschreibungen von Miliaria rubra und alba entspricht, rechtfertigt ebensowenig eine grundsätzliche Trennung. Wohl aber fallen ins Gewicht ein paar klinische Merkmale meines Falles, die zu Miliaria gar nicht stimmen wollen: die vollständige Abwesenheit von Jucken, die Kleinheit der allerkleinsten Herde (Nadelspitzgröße), noch nicht so sehr das Vorkommen wie besonders die Deutlichkeit einer Gruppenanordnung (die im offenbar nahe verwandten Falle Löhes noch ausgeprägter, selbst „satellitiform" war), und die Spärlichkeit der in einem und demselben Schube auftretenden

[1]) Bezüglich der Histologie der Miliaria halte ich mich an L. Töröks auf eigenen und fremden Erfahrungen beruhende Darstellung in Mraceks Handbuch der Hautkrankheiten, Bd. 1, Seite 426.

Digitized by Google

Effloreszenzen, das vollständige und andauernde Fehlen der Miliaria rubra, des Vorstadiums der Miliaria alba, in allen den zahlreichen Schüben, die dauernde und auffallende Bevorzugung der Gliedmaßen wenigstens vor der Rumpfvorderfläche (während allerdings die Rumpfhinterfläche ganz besonders befallen war), und die sonderbare, zu Zeiten fast allein bestehende Lokalisation gerade an Finger- und Zehenstreckseiten und — wenn die Gleichstellung der Effloreszenzen berechtigt ist — an der Glans penis. So ist denn, wie mir scheint, gegenüber der Auffassung der trüben Bläschen im Sinne eines primärgonorrhoischen Ausschlages die vielleicht interessantere Deutung, nach welcher sich Miliaria alba-Bläschen unter dem Einflusse des gonorrhoischen Giftes in einen charakteristischen gonorrhoischen Ausschlag mit Blasensaum umgewandelt hätten, nicht aufrecht zu erhalten.

An diese diagnostischen Erörterungen, welche nur einer besonderen Effloreszenz eines einzelnen Falles galten, seien noch einige Bemerkungen viel allgemeineren Inhaltes, aber gleichfalls diagnostischer Art angeschlossen. Sie betreffen die kürzlich aufgeworfene Frage, ob gerade das am meisten typische der bei Gonorrhöe vorkommenden Exantheme, nämlich eben das hyperkeratotische, ausschließlich durch gonorrhoische Allgemeininfektion verursacht und für diese beweisend sei. Es liegen von gut untersuchten Fällen bislang drei vor, nämlich diejenigen von Launois, Baermann, Buschke (Archiv 1912), in denen ein Exanthem ganz vom Charakter des gonorrhoisch-hyperkeratotischen, gepaart mit Gelenkentzündungen und anderen charakteristischen Komplikationen, vorhanden und, auch eine Urethritis vorangegangen war, aber niemals der Gonokokkus aufgefunden werden konnte, ja in deren einem (Baermann) die Kultur aus den Sekreten der Urethra, der Prostata, des Konjunktivalsackes, aus dem Blute regelmäßig das Vorhandensein eines Bazillus der Xerosegruppe ergab. Buschke (Seite 239) spricht die Ansicht aus, es sei „bei diesen Fällen die nicht gonorrhoische, aber infektiöse Erkrankung der Schleimhaut der Harnwege und Gelenkentzündung als die wahrscheinliche Grundlage der Hautaffektion aufzufassen". Es ist nun ungefähr gleich mißlich, ein im Grunde einheitliches Krankheitsbild in verschiedenen Einzelfällen durch zwei oder gar noch mehr verschiedene Mikroorganismen, die nur gleiche Eintrittspforte und Verbreitung im Körper haben, verursacht zu denken, wie andererseits insbesondere die Befunde Baermanns zu vernachlässigen oder etwa durch eine Mischinfektion, in welcher der Gonokokkus verschwunden wäre und vollständig dem anderen Erreger das Feld geräumt hätte, zu erklären. Die Sachlage wird aber noch verwickelter dadurch, daß unter den Fällen von sogenannter Arthropathia psoriatica, also von einem Leiden, bei welchem sich wiederum eine Gelenkerkrankung mit einer Hauterkrankung vergesellschaftet, solche sind, welche klinisch und auch histologisch den gonorrhoischen Hyperkeratosen

Digitized by Google

außerordentlich ähneln. Waelsch, dem ich hier folge, denkt auch für dieses Leiden an Infektion und deren Toxinwirkung. Soll man sich nun, um der Einheitlichkeit der Erscheinungen — Gelenkentzündungen mit ganz charakteristischen Hautveränderungen — und doch der Verschiedenheit der Ätiologie gerecht zu werden, etwa dazu bequemen, in allen Fällen nur die Gelenkerkrankung als unmittelbare Folge der Infektion und Toxinbildung, die Hauterscheinungen aber erst als Wirkung irgend welches Vorganges in den erkrankten Gelenken anzusehen? Eine solche an sich schon ungewöhnliche Vorstellung verträgt sich nicht recht damit, daß ausnahmsweise hyperkeratotisches Exanthem ohne Gelenkerkrankung beobachtet ist und daß Wadsack in der Effloreszenz histologisch gramnegative Diplokokken fand, Scholtz (Seite 22) aus einem Abszeß, der im Bereiche eines gonorrhoischen Exanthemfleckes entstanden war, Gonokokken züchten konnte. Zur Klärung der Ätiologie jener sehr interessanten „universell-symmetrischen entzündlichen Hyperkeratosen auf uroseptischer und arthritischer Basis" und auch eines Teiles der Fälle von Arthropathia psoriatica (siehe die Zusammenstellung bei Waelsch Seite 484) halte ich es für äußerst wünschenswert, daß in Zukunft bei jeder ähnlichen Beobachtung, wenn der Nachweis des Gonokokkus im Blute mißlingt, oder auch bevor er angestellt wird, die neueren neben der Gonokokkenzüchtung uns zur Verfügung stehenden ätiologischen Untersuchungsmethoden angewendet werden. Die eine von diesen ist die Erzeugung einer spezifischen Reaktion mittels der Einspritzung von Antigen, also zum Beispiel der Bruckschen Gonokokkenvakzine Arthigon. Vielleicht wird in Fällen, die eine freigebigere Dosierung des Mittels gestatten, als wir sie wagen durften, sogar in den Hautherden ein Aufflammen der Entzündung gleich dem in Tuberkuloseherden nach Tuberkulineinverleibung auftretenden zu erkennen sein. Jedenfalls aber wäre die akute Steigerung der gleichzeitig bestehenden Gelenkentzündung, dieses wohlbekannte Ereignis, für die gonorrhoische Allgemeinerkrankung ohne weiteres beweisend und dann auch für die Auffassung der Hauterkrankung maßgebend. In unserem Falle war schon der Anstieg des Fiebers von 38° auf 40° unter dem Einflusse einer Injektion von 0,3 Arthigon überaus charakteristisch. — Die zweite der spezifischen Reaktionen, in die Diagnostik der Gonorrhöe zuerst von Bruck eingeführt, ist diejenige, die sich der Komplementbindung bedient. Allerdings lehren die Untersuchungen mehrerer Verfasser, zuletzt noch die quantitativ durchgeführten von O. Lederer, daß auch eine unkomplizierte (akute) Urethritis bei nicht zu geringer Antigenmenge Komplementbindung geben kann, während andererseits z. B. Lenartowicz bei 80% der gonorrhoischen Gelenkentzündungen positiven Ausfall verzeichnet, so daß die Reaktion einmal

Digitized by Google

zu empfindlich, das andere Mal zu wenig empfindlich scheint; indes wenn sich starke Komplementbindung in Fällen fände wie in demjenigen von Baermann, in welchem bei mehreren Untersuchungen weder bakteriologisch noch kulturell Gonokokken im Urethralsekret nachgewiesen werden konnten, so wäre der Aufenthalt von Gonokokken an einer andern Stelle als in der Urethra, also eine Metastasierung, als unzweifelhaft anzusehen und zum allermindesten die Mitwirkung des gonorrhoischen Giftes an der Erzeugung der Allgemeinerscheinungen und der Hauterscheinungen gewiß.

Dieselben Reaktionen, in richtiger Weise angewendet, könnten auch die Entscheidung der alten Frage bringen[1]), ob wirklich gewisse Exantheme bei Gonorrhoikern reflektorisch durch Reizung der Harnröhre ausgelöst werden können, oder ob auch sie nichts anderes sind als echte gonorrhoische Exantheme, hervorgerufen durch Übergang des Giftes in die Blutbahn infolge der künstlich erzeugten Schädigung der Harnröhrenschleimhaut.

Zusammenfassung. Der in dieser Mitteilung besprochene Fall von „hyperkeratotischem" Exanthem bei Gonorrhöe ist schon durch die ungewöhnliche Ausbreitung des Exanthems über nahezu die ganze Haut des Körpers, ferner auch durch die große Zahl der gleichzeitig an gonorrhoischer Arthritis erkrankten Gelenke bemerkenswert; das seborrhoische Aussehen des Ausschlages an gewissen Stellen, die „Überempfindlichkeit", mit der die Haut auf gewisse Reize mit Erythemen antwortete, welche gleichfalls schon zu übermäßiger Hornbildung neigten, bildeten weitere Eigentümlichkeiten. Systematisch merkwürdig aber war der Fall durch die in dieser Weise noch nicht beobachtete Umwandlung von kleinsten trüben Bläschen in molluskumartige Gebilde und schließlich typische Effloreszenzen des „hyperkeratotischen" Exanthems. Daß es sich bei diesem Vorgange nur um die Entwicklung von spezifischen gonorrhoischen Hauterscheinungen auf der Grundlage andersartiger, ganz banaler Effloreszenzen gehandelt haben sollte, ist besonders aus klinischen Gründen nicht anzunehmen, vielmehr sind schon die trüben Bläschen als echt gonorrhoische Hautveränderungen anzusehen. Sehr ähnliche Gebilde stellten — eine bisher noch nicht gemachte Beobachtung — die Anfangseffloreszenzen der gleichzeitig vorhandenen Balanoposthitis circinata dar. Zwischen dem bläschenförmigen und dem klinisch hyperkeratotischen Exanthem der Gonorrhöe konnten histologisch enge Beziehungen nachgewiesen werden. Die Frage, ob jedes hyperkeratotische Exanthem einmal blasig gewesen sein müsse, kann noch nicht mit voller Sicherheit in

[1]) Literatur bei Buschke, Handbuch, S. 314.

Digitized by Google

bejahendem Sinne beantwortet werden. — Das Krankheitsbild des nicht gonorrhoischen uroseptischen hyperkeratotischen Exanthems bedarf noch der Stützung durch den Nachweis negativen Ausfalles der spezifischen Reaktionen auf generalisierte Gonorrhöe.

Literatur.

Arning, E., Beiträge zur Klinik der Gonorrhöe u. ihrer Komplikationen. Arch. f. Derm., 1912. Bd. 113, S. 50. — Arning, E. u. Meyer-Delius, H., Beitrag zur Klinik der gonorrhoischen Hyperkeratosen. Arch. f. Derm., 1911, Bd. 108, S. 3. — Baermann, G., Über hyperkeratotische Exantheme bei schweren gonorrhoischen Infektionen. Arch. f. Derm., 1904, Bd. 69, S. 363. — Buschke, A., Über Exantheme bei Gonorrhöe. Arch. f. Derm., 1899, Bd. 48, S. 181. — Buschke, A., Hautkrankheiten bei Gonorrhöe. In: Finger, Jadassohn, Ehrmann, Grosz, Hdbch. d. Geschlechtskrankh., 1912, Bd. 2, S. 265. (Daselbst Literatur). — Buschke, A., Über universell-symmetrische entzündliche Hyperkeratosen auf uroseptischer und arthritischer Basis. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113, S. 223. — Chauffard, A., Infection blenorrhagique grave avec productions cornées de la peau. Société med. des hôp. de Paris, 1897. Ref. Ann. de Derm. et de syph., 1897. S. 793, u. Chaufard u. Fiessinger, S. 195. — Chauffard A., u. Fiessinger, N., Keratosis blennorrhagica. Iconogr. derm., 1910, H. 5, S. 193. — Chauffard et Froin, Etude clinique et anatomo-pathologique sur la kératose blennorrhagique. Arch. de médicine expérim. et d'anatomie path., 1906, S. 609. Ref. in Ann. de Derm. et de syph., 1907, S. 221. — Gennerich, Klinische Beiträge zur Kollargolbehandlung des Tripperrheumatismus u. anderer akuter Folgezustände des Trippers. Münch. med. Wochenschr., 1912, S. 811. — Launois, Arthropathies récidivantes, amyotrophie généralisée, troubles trophiques multiples (cornes cutanées, chute d'un ongle) d'origine blennorrhagique. Soc. med. des hôpitaux de Paris, 1899. Ref. Ann. de Derm. et de syph., 1899, S. 998. — Lederer, O., Gonokokkenvakzine als diagnostisches Hilfsmittel. Wien. med. Wochenschr., 1912. Nr. 40. — Lenartowicz, J. T., Über den prakt. Wert der Komplementbindungsmethode bei gonorrhoischen Erkrankungen. Derm. Wochenschr., 1912, Bd. 55, S. 1179. — Löhe, H., Über einen Fall von herpetiformem gonorrhoischen Exanthem. Derm. Ztschr., 1908, Bd. 15, S. 475. — Rost, G., Seltene Komplikationen der Gonorrhöe: Hyperkeratotische Exantheme und universelle, ankylosierende Arthritis. Derm. Zeitschr., 1911, Bd. 18, H. 3. — Rot, V., Zur Kasuistik des „hyperkeratotischen" gonorrhoischen Exanthems. Münch. med. Wochenschr., 1905, S. 1041. — Scholtz, W., Beobachtungen über gonokokkenhaltige Abszesse im Bindegewebe. Arch. f. Derm., 1899, Bd. 49, S. 1. (Siehe bes. S. 22). — Sequeira, J. H., Keratodermia blennorrhagica. Verh. d. Royal. Soc. of Med. Derm. Abt. 17. März 1910. Ref. Arch. f. Derm., 1910, Bd. 104, S. 112. — Stanislawski, Über e. Fall v. gonorrhoischer Urethritis mit Affektion d. Gelenke, symmetrischem hernartigen Hautausschlag und Ausfallen der Nägel. Monatsber. f. Urol., Bd. 5, S. 643. Angef. nach Buschke, Hdb. d. Geschlechtskrankh. — Vidal, E., Eruption généralisée et symétrique de croûtes cornées avec chute des ongles d'origine blennorrhagique, coincidant avec une polyarthrite de même nature. Ann. de Derm. et de syph., 1893, S. 3. — Wadsack, Gonorrhoisches Exanthem. Verh. d. Charité-Ges. 10. Mai 1906. Angef. nach Buschke, Hdb. d. Geschlechtskrankh. — Waelsch, L., Über die Beziehungen zwischen Psoriasis u. Gelenkerkrankungen. Arch. f. Derm., 1910, Bd. 104, S. 195, 453. (Siehe bes. S. 453—457, 484, 486.) — Zieler, K., Die gonorrhoischen Allgemeinerkrankungen. Med. Klinik, 1912, Nr. 6.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 20, Heft 1, Januar 1913.

Urtica solitaria, von H. Vörner-Leipzig. Verfasser hat wiederholt eine einzeln auftretende Quaddel beobachtet, während der Patient an Digestionsstörungen objektiver und subjektiver Art litt. Diese Quaddel rezidivierte an der gleichen Stelle. Aber auch am Genitale in der Corona glandis tritt eine solche einzelnstehende Quaddel auf, die häufig Veranlassung zu falschen Diagnosen, insbesondere eines Primäraffektes gibt. Vom gewöhnlichem Typus ist sie vor allem durch ihre isolierte Lokalisation als das hauptsächlichste Symptom ausgezeichnet. Weiterhin ist charakteristisch ihre Neigung, an gleicher Stelle zu verharren und nach ihrer Rückbildung in loco zu rezidivieren.

Über epileptiforme Anfälle nach Salvarsan, von F. Lebe-Braunschweig. Die Ätiologie der Salvarsanepilepsie begegnet noch immer verschiedener Deutung. In einem Zeitraum von zwei Tagen bis drei Monaten nach einer oder mehreren intravenösen Salvarsaninjektionen treten epileptische Anfälle auf, die entweder vereinzelt bleiben und in Heilung übergehen oder in rascher Häufung zum Tode führen. Die Autopsie befriedigt nur wenig; es findet sich ein hochgradiges Ödem der weichen Hirnhäute und des Gehirnes selbst mit mehr oder weniger starker Hyperämie und Blutungen. Man könnte an eine Arsenvergiftung denken, da die Art dieser ganz akuten Vergiftung völlig der Salvarsanepilepsie entspricht. Andrerseits muß man der Frage nähertreten, ob der Lues selbst oder ihrer Reaktion auf das Mittel die Schuld beigemessen werden kann; ähnlich der Reaktion an den äußerlichen luetischen Manifestationen an der Haut und an den sichtbaren Schleimhäuten wird auch in den syphilitischen Krankheitsherden im Innern des Körpers eine lebhafte Reaktion Platz greifen können. Als ein weiteres ätiologisches Moment sei die Funktionsstörung der Leber bei einer größeren Dosis anzunehmen; andererseits muß man an eine erhöhte Irritabilität des Gehirns denken, hervorgerufen durch Alkohol und Tabakgifte. Auch die Gravidität, die zu einer erhöhten Reizbarkeit des Zentralnervensystems führt, kann schuld sein.

Sehr plausibel und akzeptabel für das Verständnis der Salvarsanepilepsie ist die Erklärung Fritz Lessers; nach seiner Meinung treten bei der Umsetzung des Salvarsans im Organismus giftige Produkte auf. Schließlich wäre noch die Möglichkeit einer angeborenen Idiosynkrasie zu erwähnen.

Welche Bedeutung hat der „mal franzoso" in Italien in der ersten Hälfte des 15. Jahrhunderts für die Ansicht vom amerikanischen Ursprung der Syphilis? von Paul Richter-Berlin. Richter, der in seiner geschichtlichen Syphilisforschung für den amerikanischen Ursprung der Syphilis eingetreten ist, sucht die Ansichten Karl Sudhoffs und Stephan Steinheils, welche anderer Meinung sind, zu widerlegen.

W. Chrzelitzer-Posen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 114, H. 2, Dez. 1912.

1. Histologie und Pathogenese der Psoriasis, von Paul Haslund-Kopenhagen. Die umfangreiche Monographie, die bereits in diesem Band 65 Seiten umfaßt, wird fortgesetzt und soll nach Abschluß besprochen werden.

Digitized by Google

2. Sind Spirochäten den Protozoen oder den Bakterien verwandt? (Experimentelle Untersuchung über die Stellung der Spirochäten im System), von K. Doh und S. Hidaka-Tokio. Die Verfasser haben in der Breslauer Hautklinik eine Reihe serologischer Versuche angestellt, um verwandtschaftliche Beziehungen der Spirochäten vom Rekurrenztypus mit Trypanosomen auf der einen Seite und mit Spirillum rubrum und Vibrio auf der anderen Seite festzustellen. Die Resultate sprechen für die verwandtschaftlichen biologischen Beziehungen zu den Trypanosomen, also den Protozoen, während sich zwischen den Bakterien und Spirochäten mit Hilfe der Immunitätsreaktion keine Beziehungen haben nachweisen lassen.

3. Zur Kenntnis der Brocqschen Krankheit, vom Callomon-Bromberg. Der interessante Fall, der vor Jahren in Breslau und Danzig behandelt und in der verschiedensten Weise diagnostiziert worden war, betraf einen 36jährigen Postbeamten. Verfasser gibt Reproduktionen nach Aufnahmen in natürlichen Farben (Lumière) und berichtet eingehend über den Fall und die von ihm angestellten histologischen Untersuchungen.

4. Über die Ausscheidungswerte und Speicherungsverhältnisse nach Einfuhr von Salvarsan in den menschlich-tierischen Organismus, von Karl Ullmann-Wien. Die Ausführungen des Verfassers sind das Resultat sehr zahlreicher und eingehender chemischer Untersuchungen am Menschen und am Tier, beziehen sich aber zunächst nur auf das Salvarsan und nicht auf Neosalvarsan. Sie gipfeln in folgenden Schlußsätzen:

1. Die quantitative Untersuchung der organischen Arsenverbindung aus tierischen Dejekten und Organen bedarf noch gewisser Verbesserungen und Vereinfachungen, um allgemein anwendbare und miteinander vergleichbare Resultate zu geben.

2. Das Salvarsan ist eine, im Verhältnis zu anderen organischen Arsen- und insbesonders Quecksilberverbindungen, äußerst schwer zersetzliche bzw. schwer resorptionsfähige Substanz, wie immer sie in die Körperökonomie gelangt ist, ob auf intramuskulärem oder intravenösem Wege.

3. Die chemischen Untersuchungen, sowohl die eigenen wie die fremden, geben keinerlei Anhaltspunkte für eine erhebliche Organotropie, insbesondere Neurotropie der einzelnen Organe. Unter den letzteren kommt zu verschiedenen Zeiten nach der Applikation des Präparates bei Tieren und Menschen nur der für alle Gifte gleichmäßig wirkende Apparat zur Entgiftung und Ausscheidung, das ist Leber und Nieren, in Betracht, welche stets relativ geringe Mengen organischen wie auch anorganischen Arsens fixiert enthalten. Relativ viel Arsen gelangt auch jeder Zeit und nach jeder Art der Einfuhr durch den Magendarmtrakt zur Ausscheidung.

4. Das Gehirn bzw. die Nervensubstanz als solche enthält jedoch selten und dann nur minimale, quantitativ nicht bestimmbare Mengen, die wesentlich kleiner sind als die Applikation anorganischer Arsenverbindungen, meist sogar überhaupt kein Arsen. Diese Tatsache spricht gegen die Neurotropie des Salvarsans. Dies gilt insbesondere für einmalige oder seltene Salvarsanapplikationen und bei intakten Ausscheidungsorganen.

5. Im Blute finden sich nach der intramuskulär-subkutanen Einführung stets nur sehr geringe, kaum wägbare Mengen von Arsen durch viele Monate, nach venöser Einfuhr anfangs recht große, bald aber, jedenfalls nach mehreren Stunden, ebenfalls nur mehr minimale, unwägbare Arsenmengen, so das von einem Depot im wahren Sinne des Wortes nicht gesprochen werden kann. Das Blut (Plasma) stellt also nur eine Durchzugsstation für mobilisiertes Arsen dar.

5. Beiträge zur Kenntnis der Mycosis fungoides, von Ant. Tryb-Prag. Zwei Fälle, von denen besonders der eine länger beobachtet werden konnte, und eingehende histologische Untersuchungen mittels der verschiedensten Färbungsverfahren. Es handelt

Digitized by Google

sich nach Ansicht des Verfassers bei der Mycosis fungoides um eine Entzündung, die in der subpapillaren Schicht beginnt, die eigenartige Transformationserscheinungen aufweist, deren Terminalerscheinungen sich als ein später rückbildendes Plasmom präsentieren. Der ganze Prozeß ist von einer Gefäßreaktion begleitet, die ihre Höhe erst bei beginnender Regression des Infiltrates erreicht, und welche auch selbst das Infiltrat überlebt. Dabei kommt es zu einer mit der Progredienz des Prozesses wachsenden lokalen Eosinophilie, bei absolut normalen Blutverhältnissen. Im ganzen steht die Mycosis fungoides den spezifischen Entzündungsprozessen am nächsten; Riesenzellen konnten nicht nachgewiesen werden; Impfungen auf Tiere, Kultivierungsversuche und die Antiformin-Granula-Untersuchung blieben resultatlos.

6. Ein Beitrag zum Chemismus der entzündlichen Gefäßwand, von C. Kreibich-Prag. Bei der Untersuchung von Sklerosen im Gefrierschnitt zeigen nach Färbung mit Scharlachrot oder Sudan die Endothelien mancher Gefäße in ihrem Protoplasma eine derartig dichte Einlagerung von lipoider Substanz, daß sie durch dieselbe scharf konturiert aus dem umgebenden Gewebe hervortreten. Die gleichen Veränderungen ließen sich experimentell bei traumatisch gesetzten Entzündungen, Verbrennungen usw. nachweisen. Zu gleicher Zeit konnten Veränderungen an den markhaltigen Nerven konstatiert werden, mit Umwandlung des Myelins in Lipoidkörper. K. schließt, daß es sich um eine traumatische Degeneration handelt.

7. Histologische und experimentelle Studien über den Salvarsantod, von Th. v. Marschalkó und D. Veszprémi-Klausenburg. An der Hand eines sehr genau beobachteten Falles, der einen sonst gesunden 40jährigen Staatsanwalt betraf, und genauer histologischer Untersuchungen wird ausgeführt, daß die nachgewiesenen Hirnblutungen durch Thrombose bedingt werden und nicht Folgezustände einer Infektion vorstellen, daß es sich also um Zirkulationsstörungen handelt, die der Toxität des Salvarsans zur Last zu legen sind.

Im Anschluß hieran wurde eine größere Anzahl Tierversuche vorgenommen, um die Frage des Wasserfehlers und die Frage der Dosis tolerata festzustellen. Dabei wurde die von Hata seinerzeit bestimmte Dosis als viel zu groß befunden, und zu gleicher Zeit gelang es bei Kaninchen, mit intravenöser Einverleibung größerer Dosen ungefähr dieselben Vergiftungssymptome hervorzurufen, wie sie beim Menschen gesehen wurden. Aus alledem geht für die Verfasser hervor, daß es sich bei diesen Vergiftungen um eine zu hohe und unvorsichtige Dosierung handelt und es demnach dringend geboten ist, zu kleineren Dosen überzugehen, um so mehr, als nach ihren Erfahrungen mit kleineren, ev. öfters wiederholten Dosen ganz dieselbe Heilwirkung bei Syphilis zu erzielen ist.

Bd. 115, H. 4, Jan. 1913.

Zur Ätiologie des Molluscum contagiosum, von Kreibich-Prag. Der durch den zentralen Porus der Mollusca contagiosa ausgepreßte Inhalt wurde in Wasser oder Kochsalzlösung im Dunkelfeld untersucht. Dabei wurde gefunden, daß der „Nebel", welcher die Molluskumkörperchen umgibt, dieselbe bläuliche Farbe zeigt wie das Molluskumkörperchen selbst; die Intensität dieser Farbe ist abhängig von der größeren oder geringeren Menge der den Nebel zusammensetzenden kleinsten beweglichen Teile. Dort, wo die Kontur des Molluskumkörperchens verwaschen ist, besteht eine Lücke in seiner Hülle, durch welche die kleinsten Körperchen austreten und dann in dem umgebenden Nebel untergehen. Ist dadurch im Inneren Raum geschaffen und die Flüssigkeit in das Molluskumkörperchen eingedrungen, dann setzt sich die Bewegung der kleinsten Teile auch in das Molluskumkörperchen hinein fort und ist eine ungemein lebhafte.

Digitized by Google

Die Bewegung dauert nur so lange, als Flüssigkeit im Präparat vorhanden ist; es handelt sich also um eine Molekularbewegung. Verfasser glaubt, daß diese kleinsten Körperchen zu identifizieren sind mit denen, die Liebschuetz durch Geißelfärbung festgestellt und in seiner zweiten Arbeit als Strongyloplasma hominis bezeichnet hat.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Centralblatt.

Bd. 16, Nr. 3, Dez. 1912.

1. Zur Technik der intravenösen Salvarsaninfusion, von v. Stokar-München. Verfasser benutzt zwischen Nadel und Schlauch als Verbindungsglied ein kleines Glasröhrchen, das einmal eine sehr bequeme Handhabe beim Einstich der Nadel bietet und sodann durch Einfließen des Blutes in das Röhrchen kontrollieren läßt, ob die Vene richtig getroffen ist. (Schon von Strauss angegeben.)

2. Die Behandlung der Syphilis mittels Kontraluesin, von G. Schourp-Danzig. Daß von Richter-Plauen angegebene Quecksilberpräparat, bei dem molekular zerstäubtes metallisches Quecksilber in wäßriger Lösung derartig fein verteilt ist, daß die einzelnen Moleküle kleiner als Kokken sind und trotz des spezifischen Gewichtes in der Schwebe bleiben, hat Verfasser an 88 Fällen ausprobiert und bestätigt, daß dem Präparat eine außerordentliche Heilwirkung zukommt, ohne daß es irgend eine Schädigung hervorruft. Die Wirkung ist außerordentlich schnell und nach wenigen Injektionen Kontraluesin zu je 0,1—0,15 Hg eine dauernde, wie fortlaufende Wassermannsche Blutuntersuchungen ergeben haben.

3. Bemerkungen über den Komplementgehalt und die Wassermannsche Reaktion des Blutes Lepröser, von A. Spindler-Reval. Die Angaben von Eliasberg, daß im Serum Lepröser freies Komplement nicht nachzuweisen sei, hat Verfasser an 16 Kranken im Leprosorium Kuda (Rußland, Estland) nachgeprüft, aber nicht bestätigt gefunden; er hat bei der Prüfung nach verschiedenen Methoden untersucht, um technische Fehler auszuschalten. Der Komplementgehalt des Blutes Lepröser ist nicht selten normal, häufig aber bis auf die Hälfte und noch mehr herabgesetzt.

Daß bei der Untersuchung eines Lepraserums gegenüber Luesleberextrakt eine inkomplette Hemmung komplett wird nach Anwendung geringerer Mengen Serum, scheint nach den Untersuchungen des Verfassers die Regel zu sein: von neun daraufhin untersuchten Lepraseren wurde in sieben die Wassermannsche Reaktion deutlich stärker, je weniger Serum verwendet wurde. Verfasser glaubt, daß dieses Phänomen differentialdiagnostisch verwendet werden kann.

4. Über das Dispensieren von Oleum cinereum in Ampullen, von H. Th. Bengelsdorff-Helsingfors. Das Oleum cinereum, das bei gewöhnlicher Temperatur meistens von salbenähnlicher Konsistenz ist, muß vor dem Gebrauch etwas erwärmt werden; wird das Erwärmen öfter wiederholt, so kann ein Zusammensintern des Quecksilbers und dadurch eine Zerstörung des Präparates entstehen. Verfasser hat darum versucht, das Oleum cinereum in Ampullen zu dispensieren, so daß die für den jeweiligen Gebrauch benötigte Einzeldosis, die jeweilig in einer einzelnen Ampulle enthalten ist, nur einmal erwärmt zu werden braucht. Er gibt technische Hinweise, wie die Füllung der Ampullen zu geschehen hat.

5. Therapeutische Revue, von Max Joseph. Besprechung der wichtigsten therapeutischen Fortschritte des Jahres 1912. W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

The British Journal of Dermatology.

Januar 1913.

Die vollständige Lebensgeschichte des Syphiliserregers, von J. E. R. McDonagh. In Fortsetzung seiner früheren Arbeit (British Journal of Dermatology, Nov. 1912, referiert in dieser Wochenschrift, 1913, Nr. 3, S. 89) bringt Verfasser noch weitere Einzelheiten über den Entwicklungsweg des Syphiliserregers. Das Sporozoit kann in den von syphilitischen Affektionen abgeschabten Partikelchen im Blute, das von gesunder, einen Schanker umgebender Haut stammt, und auch im allgemeineu Blutstrom während des Stadiums der Allgemeininfektion gefunden werden. Da McDonagh in den erstgenannten Primärherden die Sporozoiten fand, wenn Spirochäten noch nicht zu entdecken waren, so legte er ihnen große diagnostische Bedeutung zu. Das Sporozoit wird dann intrazellulär, nimmt allmählich an Größe zu und bringt durch einen Prozeß der Knospung mehrere Körperchen, welche später in männliche und weibliche Elemente sich differenzieren, zur Entwicklung. Die Einzelheiten über diesen und den weiteren Entwicklungsgang sind nur mittels der beigefügten Zeichnungen verständlich. Die ganze Lebensgeschichte des Syphilisparasiten kann praktisch aus Schnitten einer Lymphdrüse, welche aus der Nähe des Primärherdes stammt, wenn sie während des Stadiums der Allgemeininfektion entfernt und mit Pyronin und Methylgrün gefärbt wird, verfolgt werden. Bezüglich der Bezeichnung (Leukozytoon syphilis) und Einrichtung des Syphiliserregers kommt McDonagh zu denselben Schlußergebnissen wie in der ersten Arbeit. Schließlich möchte er noch erwähnen, daß er in den Lymphdrüsen von Ratten, welche an einer durch Trypanosoma Rhodesiense bewirkten Infektion gestorben sind, Körperchen, die von den syphilitischen Makrogametozyten und Zygoten nicht zu unterscheiden sind, gefunden, die Imprägnierung der ersteren durch die Mikrogamete und genau dieselben Vorgänge der Befruchtung wie die bei der Syphilis beschriebenen beobachtet hat.

Weitere Untersuchungen über Trichomycosis flava, rubra et nigra der Achselgegenden, von Aldo Castellani-Colombo, Ceylon. Nach dem C. schon früher die Aufmerksamkeit auf eine knotige Haaraffektion der Achselgegend, welche er bei Eingeborenen und eingewanderten Europäern auf Ceylon beobachtet hat, gelenkt hatte, gibt er nach Beobachtung zahlreicher weiterer Fälle nun eine Beschreibung über Pathogenese, Ätiologie und Behandlung dieses parasitären Haarleidens, das durch dreierlei Pilze verursacht werden kann. Die gelbe Unterart ist auf einen dünnen, bazillenähnlichen Pilz, für welchen C. den Namen Discomyces tenuis vorschlägt, die schwarze und rote auf eine Symbiose dieses letzteren mit chromogenen Kokken (einem, schwarzes Pigment — Micrococcus nigrescens — und einem, rotes Pigment produzierenden) zurückzuführen. Die Reinkultur des Discomyces tenuis gelang C. nicht, jene der beiden Kokken auf verschiedenen Nährböden. Die befallenen Haare der Achselgegend bieten folgendes Bild: sie zeigen dem bloßen Auge wohl sichtbare knotige Bildungen von mehr weicher Konsistenz die durch Abschaben mit dreieckiger Nadel oder ähnlichem Instrument leicht entfernt werden können. Diese Knötchen sind entweder gelb oder schwarz oder weniger häufig rot, können sehr reichlich sein und eine gelbe, schwarze oder rote Schicht um das Haar bilden. Der gleiche Patient kann zwei Arten haben: auf dem einen Arm gelb und auf dem anderen schwarz oder rot und vice versa. Alle drei Varietäten hat C. am gleichen Patienten noch nicht beobachtet. Differentialdiagnostisch kommen folgende parasitäre Haaraffektionen in Betracht: 1. Trichosporosis tropica oder Piedra — nur an den Kopfhaaren, 2. Unnas Trichosporosis oder Piedra nostras, 3, Behrends Trichosporosis oder noduläre Trichomykosis, beide nur an Schnurr- und Backenbart vorkommend, 4. Beigels Trichosporosis oder Tinea nodosa, an den Kopf-

Digitized by Google

haaren, 5. Du Bois' Trichosporosis der Schamgegendhaare und 6. Leptotrix oder Trichomycosis nodosa oder palmellina (Pick), mit welcher die vorliegende große Ähnlichkeit hat, und wovon sie vielleicht nur als (tropische) Varietät anzusehen ist. Der Verlauf der Trichomycosis flava usw. ist ein chronischer, dieselbe kann aber verschwinden, wenn der Patient ein kälteres Klima aufsucht. Sie hat, wenn auch gutartiger Natur, insofern praktisches Interesse, als sie, speziell bei Damen, etwas Entstellendes hat. Die Behandlung ist keine schwierige; sehr wirksam ist, 2—3mal täglich die Haare mit einer Lösung von Formalin in Spiritus (15,0 : 200,0) zu waschen und bei Nacht eine (2—5%ige) Schwefelsalbe aufzutragen.

Castellani berichtet sodann über **Copra-Itch**. Er hat schon vor mehreren Jahren bei in den Kopramühlen arbeitenden Leuten einen speziellen Ausschlag gefunden. der beim ersten Eindruck an Skabies denken läßt, obwohl keine Gänge vorhanden sind. Hände, Arme, Beine und manchmal der ganze Körper zeigen zahlreiche, oft mit kleinen blutigen Krusten bedeckte Papeln, auch Pusteln. Der Ausschlag beginnt gewöhnlich an den Händen und verbreitet sich von hier auf Arme, Beine und Stamm, geht aber niemals auf das Gesicht über. Er hat geringe Tendenz zu Spontanheilung, wenigstens solange Patient seiner Beschäftigung nachgeht (in infizierten Mühlen, Kopra, das von den Kokosnüssen stammt, zerstoßend). Das Hautleiden wird, wie auch C. feststellen konnte, von einer Milbe, die im Kopramehl vorkommt und als Tyroglyphus longior var. Castellanii Hirst bezeichnet wurde, hervorgerufen, und zwar in derselben Weise, wie eine ähnliche Dermatitis durch Pediculoides ventricosus (Newport), welcher in verdorbenen Zerealien vorkommt und einen Ausschlag bei den damit hantierenden Personen verursacht. Wenn Patient einige Zeit lang seine Beschäftigung verläßt, tritt Spontanheilung ein. Bezüglich der **Behandlung** erwies (5—10%ige) β-Naphtolsalbe sich sehr wirksam.

Von Stanley Hirst stammt nun eine genauere Beschreibung der Kopra-Itch verursachenden Milbe, welche zu dem Geschlechte Tyroglyphus gehört, dem T. longior Gerv. außerordentlich ähnelt, eine neue Abart desselben ist, und wofür er die Bezeichnung T. longior Castellanii vorschlägt. Die Milben, welche den Tyroglyphideen zugehören, sind oft in großer Anzahl im Käse, in den Zerealien und anderen Substanzen vorhanden.

Castellani bespricht noch die **Ätiologie einiger tropischer Dermatomykosen (Tinea cruris, Tinea flava und nigra, Tinea imbricata, Intertrigo blastomycetica)**. Die Dermatomykosen sind außerordentlich häufig in den Tropen infolge des dumpfen heißen Klimas, das zum Wachstum vegetabilischer Parasiten sehr günstig ist. Die häufigste ist Tinea cruris, auch unter dem Namen Dhobie itch, Burmah itch usw. schon seit langem bekannt. Die häufigste, wenn auch nicht alleinige Ursache ist ein Epidermophyton (cruris, rubr., inguinalis Sabouraud), für Tinea flava Pilze des Genus Malassezia, für Tinea nigra des Genus Foxia, für Tinea imbricata ein Epidermophyton (concentricum und Indicum), während die Blastomykosis auf Pilze der Arten Saccharomyces zurückzuführen ist. Beschreibung der Reinkulturen dieser verschiedenen Pilzarten und recht instruktive, tabellarische Übersicht sämtlicher tropischer Dermatomykosen (14 Arten). Stern-München.

Proceedings of the Royal Society of Medicine.

Sitzungen vom 10. Juni, 17. Juni, 24. Juni und 8. Juli 1912.

Diskussion über Syphilis. H. Morris bespricht kurz die Bedeutung des Themas und weist auf die zahlreichen Anspielungen auf Syphilis in den Shakespeareschen Stücken hin.

Digitized by Google

N. Moore berichtet aus der älteren Literatur und erwähnt namentlich das die Syphilis schildernde umfangreiche Gedicht von Hieronymus Frascatorius, das in Verona im Jahre 1530 publiziert wurde. Er zeigt, daß Galen offenbar Syphilis nicht gekannt hat. (Bereits referiert nach Brit. med. Journ.)

D. A. Power wendet sich der Therapie des Leidens zu. (Bereits referiert.)

F. W. Mott behandelt die Bedeutung der Syphilis in bezug anf die Volksgesundheit im allgemeinen und die Bedeutung der hereditären Syphilis, wobei er eine Reihe von instruktiven Stammbäumen von infizierten Familien schildert. Nach seinen Erfahrungen ist es nicht ausgeschlossen, daß das Leiden sich bis in die dritte Generation fortpflanzt. Redner hofft, daß die durch Salvarsan im Verein mit Quecksilber ermöglichte intensivere Behandlung der Syphilis imstande sein wird, in der Zukunft die Zahl der Paralytiker wesentlich zu vermindern, da die progressive Paralyse doch vorwiegend nach lange hingeschlepptem Verlauf der Syphilis auftrete.

E. Lane teilt seine Erfahrungen bei der Salvarsanbehandlung mit. Er empfiehlt dasselbe im Verein mit Quecksilber.

J. Hutchinson beruft sich auf Statistiken zum Beweise der größeren Wirksamkeit des Salvarsans gegenüber dem Hg, wie dieses durch die Wassermannsche Reaktion dargetan wird. Er hat zwar, ebenso wie sein Vater, auch mit Hg vollständige Heilungen erzielt; aber er steht auf dem Standpunkt, daß jeder Fall von Frühsyphilis seine zwei intravenösen Injektionen von Salvarsan erhalten sollte. Redner führt einige Gründe an für die Annahme, daß Shakespeare selber syphilitisch infiziert gewesen ist.

J. E. R. McDonagh ist von der Nützlichkeit des Salvarsans und namentlich des Neosalvarsans fest überzeugt. Von letzterem hat er mehr als 200 Injektionen zu seiner vollen Zufriedenheit gegeben. Allerdings setzt er die Behandlung mittels intramuskulärer Injektionen von Hg fort bis zur Erzielung einer negativen Seroreaktion. Er bevorzugt die Adamssche Emulsion mit metallischem Hg.

P. M. Jearsley konstatiert, daß unter 576 Fällen von akquirierter Taubheit bei Schulkindern in London 39 oder 6,7% auf hereditäre Syphilis zurückzuführen waren.

J. F. Briscoe betont die Bedeutung der Lues in bezug auf das Zentralnervensystem.

H. C. French rühmt die Wirkung der in Indien geltenden Kontrolle nach dem Cantonment Act. Daß der Prozentsatz der venerischen Erkrankungen in der britischen Armee von 537 pro 1000 im Jahre 1895 auf 59 pro 1000 im Jahre 1910 zurückgegangen ist, schreibt er der Wirkung dieses Gesetzes zu. Gleichzeitig ist aber auch die Zahl der im Krankenhaus an chronischem Alkoholismus behandelten Soldaten von 3,3 pro 1000 auf 0,5 pro 1000 gesunken. Redner empfiehlt die Anzeigepflichtigkeit für venerische Erkrankungen unter Beobachtung von besonderen, diskreten Vorschriften.

T. W. Gibrard tritt für die Salvarsanbehandlung ein.

C. F. Marshall drückt sich entschieden als Gegner derselben aus und hält Hg nach wie vor für das wirksamste Antisyphilitikum.

G. Savage bespricht die Bedeutung der Syphilis bei der Entstehung von Geisteskrankheiten.

D. White berechnet, daß in Großbritannien jährlich etwa 130000 Personen an Syphilis leiden. Von Kindern im ersten Lebensjahr sterben nachweislich 1200 jährlich an kongenitaler Syphilis, während die Mortalität an Dementia paralytica 2400, an Tabes 600 und an Aneurysma mehr als 1000 beträgt.

H. R. Dean demonstriert die Bedeutung der Syphilis für die Entstehung der angeborenen Idiotie.

Digitized by Google

J. H. Dauber spricht sich zugunsten der Anzeigepflicht bei venerischen Krankheiten aus.

J. P. Candler hat 109 Fälle von Dementia paralytia prodiagnostisch untersucht; die Zerebrospinalflüssigkeit gab bei allen, das Serum bei 107 ein positives Resultat.

J. W. Barret-Melbourne berichtet über die sehr erhebliche Verbreitung der Syphilis in Australien, speziell in Viktoria und über die von der Ärzteschaft in Verbindung mit der Regierung in der letzten Zeit angebahnten Versuche zur Beseitigung des Übels.

A. Powell konstatiert, daß er schon elf Fälle von Selbstmord als Folge von Syphilophobie obduziert hat.

H. Morris machte einige Schlußbemerkungen zu mehreren der vorgetragenen Darlegungen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Folia Urologica.

Bd. 7. Nr. 5. Januar 1913.

1. Die Untersuchung der Wanderniere mittels X-Strahlen, von Béla Alexander-Budapest. Röntgenologische Untersuchungen der Nieren sind nur dann zweckdienlich, wenn die Untersuchung das ganze uropoetische System, insonderheit also beide Nieren berücksichtigt. Dies gilt selbst für die Fälle, bei denen die Beschwerden nur auf eine Niere hinweisen und in dieser Niere sich z. B. Steine nachweisen lassen. Aus den Veränderungen der Nierenschatten und dem Vergleich der beiden Seiten lassen sich bei den verschiedensten Zuständen gewisse Schlüsse ziehen. So gelingt es auch in einigen Fällen eine Wanderniere darzustellen und bei wiederholten Untersuchungen die Beweglichkeit und die veränderte Lage der Wanderniere vor Augen zu führen.

2. Spätperforation der Blasenwand durch eine intraabdominale Seidenfadennaht, von A. Grandjean-Paris. Ein Seidenfaden, der zu einer Naht oder zu einer tiefen Ligatur gedient hatte, ist, ohne daß während der Operation in irgend welcher Weise die Blasenwand gefaßt worden wäre, durch die Blasenwand hindurch in die Blase gelangt und wurde hier auf Grund gewisser Beschwerden zystoskopisch nachgewiesen.

3. Über eierhaltigen Harngrieß bei Bilharziakrankheit, von Edwin Pfister-Kairo. Verfasser weist darauf hin, daß Harngrieß bzw. Harnsteine nicht immer mit einer Diathese zu tun haben, sondern Fremdkörpergrieß darstellen. Wie die Beobachtungen des Verfassers in Ägypten ergeben haben, bilden die Bilharziaeier sehr häufig die Ursache zu Steinen, da der Chitingehalt dieser Eier Kolloidkörper als Komponente der Steinbildung liefert. Entsprechend dem Orte der Eiablage findet sich dieser Fremdkörpergrieß meist nicht in der Niere oder im Nierenbecken, sondern in den Harnleitern und der Blase.

4. Untersuchung des Prostatasekrets, von M. Dominici-Palermo. Verfasser hat die Sekretion der normalen und der hypertrophischen menschlichen Prostata studiert, wobei er moderne Untersuchungsmethoden anwendete, mit denen man die mitochondrialen Formationen und die Sekretionskörnchen nachweisen kann.

Der Autor nimmt für die normale Prostata folgende Sekretionstypen an: 1. granuläre Sekretion mit chromophoben und chromophilen Körnchen; 2. flüssige Sekretion; 3. lipoide Sekretion; 4. Autolyse von desquamierten Zellen.

Die sogenannten Plasmosomen (De Bonis) sind für den Autor nichts anderes als Tröpfchen und lipoide Körnchen.

Der Autor kommt für die menschliche Prostata zu folgenden Schlüssen: 1. Die mitochondrialen Formationen sind sehr deutlich und zahlreich. 2. Es fehlt eine echte

Digitized by Google

granuläre Sekretion. 3. Die flüssige Sekretion geschieht in Form von Tröpfchen, die in der Mehrzahl der Fälle das Protoplasma ausfüllen. 4. Gleichgültig, wie der Funktionszustand der Zelle ist, so beobachtet man die mitochondrialen Formationen beständig, und es scheint, daß beachtenswerte quantitative Veränderungen bestehen.

Der Autor beweist zum Schluß, daß die mitochondrialen Formationen nicht direkt zur Bildung des Prostatasekretes beitragen, wie bei den eigentlichen Sekretionskörnchen, sondern nur eine indirekte Wirkung haben.

5. Arbeiten über Ureterenchirurgie, von Paul Wagner-Leipzig. Zusammenfassendes Referat über die in den Jahren 1908—1911 erschienene Literatur.

W. Lehmann-Stettin.

Annales des maladies vénériennes.

Bd. 7, Nr. 12, Dez. 1912.

1. Hereditäre Syphilis und Littlesche Krankheit, von L. Babonneix und L. Tixier-Paris. Bericht über 24 Fälle Littlescher Erkrankungen, von denen zehn eigene Beobachtungen sind. Bei verschiedenen der erkrankten Kinder hat sich bei den Eltern bzw. Voreltern Syphilis nachweisen lassen oder ging wenigstens aus der Anamnese (zahlreiche Aborte) als wahrscheinlich hervor; auch waren eine Reihe der Kinder frühzeitig geboren. Noch beweisender aber für eine Beziehung zur Syphilis waren gleichzeitig bestehende Stigmata hereditärer Syphilis bei einigen Kindern und die oft positive Wassermannsche Reaktion. In einigen Fällen hat sich auch unter Quecksilberbehandlung eine Besserung der Krankheitserscheinungen nachweisen lassen. In anderen Fällen, die zur Autopsie gekommen sind, wurden spezifische Läsionen gefunden: Endarteriitis cerebralis, Meningomyelitis transversa.

Wenn auch sicherlich die Syphilis nicht die einzige Ursache aller Fälle von Littlescher Krankheit ist und in manchen Fällen ganz andere Faktoren in Frage kommen mögen, so scheint eine Beziehung zur Syphilis bzw. eine gleichzeitig bestehende hereditäre Syphilis durchaus nicht selten zu sein; es sollte darum mehr darauf geachtet werden.

2. Die Verwendung der Balsamika beim Tripper, von N. Ribollet-Lyon. Verfasser hält es für einen großen Fehler, die Balsamika in der ersten Periode der akuten Entzündungserscheinungen zu verordnen und glaubt, daß dieses Vorgehen vielfach zu einer Verlängerung des Prozesses führt. Er ist von dem Wert der Wirkung der Balsamika überzeugt, verlangt aber mit aller Entschiedenheit, daß dieselben erst dann angewendet werden sollen, wenn die Gonokokken verschwunden sind und der Tripper sich im Ablauf befindet, so daß es sich also eigentlich nur noch darum handelt, die Harnröhre „definitiv auszutrocknen". Die austrocknende und sekretbeschränkende Wirkung ist die einzige, die die Balsamika haben.

3. Das Antigen bei der Wassermannschen Reaktion, von A. Desmoulière-Saint-Louis. In Fortsetzung seiner Arbeiten über diesen Punkt gibt Verfasser eine Reihe technischer Notizen über die Vorbehandlung der syphilitischen Leber zwecks Herstellung des Extraktes und berichtet über Versuche, die er angestellt hat, um das Cholesterin durch ein rechtsdrehendes Iso-Cholesterin zu ersetzen, Versuche, die er wieder aufgegeben hat, da die Sensibilität des Iso-Cholesterins sich als bedeutend geringer erwies als die des Cholesterins.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Serodiagnostische Methode nach Wassermann, Neisser und Bruck, von Adolf Buschke-Berlin. (Lehrb. d. Haut- und Geschlechtskrankh., von E. Riecke, G. Fischer, Jena 1912, 2. Aufl.) Gedrängte zusammenfassende Darstellung der biologischen Grundlagen, sowie der klinischen Bedeutung und Verwertung der Wassermannschen Reaktion für Diagnose und Therapie. Es sei hier nur kurz auf die beherzigenswerten, für ein kurzes Referat leider zu ausführlichen Schlußfolgerungen des Verfassers hingewiesen, welche darin gipfeln, der Wassermannschen Reaktion nicht eine zu hohe Bedeutung gegenüber den klinischen Verhältnissen zuzumessen. Graetz-Hamburg.

Über die Wassermannsche Reaktion im Blutserum nicht syphilitischer Kaninchen und über Lezithin als Antigen, von E. Cahaterra-Genua. (Ann. Istituto Maragliano, Bd. 4, Nr. 4.) Verfasser schließt aus seinen Beobachtungen, daß auch unbehandelte oder mit Substanzen nicht spezifischer syphilitischer Natur behandelte Kaninchen ein Serum liefern können, welches die Hämolyse hemmt, wenn es in das hämolytische System in Gegenwart von Meerschweinchenherzextrakt (als Antigen) eingeführt wird, und daß diese Eigenschaft des Kaninchenserums nicht auf die Einführung von Lezithin in den Kaninchenkörper zurückgeführt werden kann. K. Rühl-Turin.

Vergleichende Versuche mit Antigenen verschiedener Herkunft. Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der Wassermannschen Reaktion, von Heinlein. (Diss., München, 1912.) Zusammenfassung: 1. Nach dem Vorschlage von Sachs hergestellte Herz-Cholesterinextrakte aus Menschen- und Meerschweinchenherzen sind ein vollwertiger Ersatz für alkoholische, luetische Fötal-Leberextrakte. 2. Rinderherz-Cholesterinextrakte sind dies nur bei Verwendung einer zweiprozentigen Cholesterinlösung statt einer einprozentigen, wobei noch besondere Vorsichtsmaßregeln einzuhalten sind. 3. Azetonextrakte sind wegen ihrer schlechten Haltbarkeit für die Praxis weniger geeignet. 4. Autolytische Leberextrakte sind als vollständig unbrauchbar anzusehen. 5. Alkoholische Extrakte aus gepulvertem Material, besonders aus Menschen- oder Meerschweinchenherzen, sind mindestens ebenso brauchbar, wie Extrakte aus frischen Organen und bieten überdies noch gewisse Vorteile. 6. Kartoffelextrakte hemmen spezifisch, halten sich aber schlecht und sind von bedeutend schwächerer Wirkung als Organextrakte. 7. Ein Extrakt einzuengen empfiehlt sich nur dann, wenn zur Herstellung des ursprünglichen Extraktes eine relativ große Alkoholmenge (zehnfache Gewichtsmenge statt der fünffachen) verwendet worden war; andernfalls ist eine Einengung nicht zu empfehlen. 8. Bei gleichzeitiger Anstellung der Wassermannschen Reaktion mit 2 Extrakten zeigen sich oft qualitative Unterschiede, insofern als trotz der Verwendung von zwei gleich starken Extrakten das eine mit diesem, das andere mit jenem Serum stärkere Hemmung zeigen kann. 9. Während im allgemeinen ein qualitativ schwächeres Extrakt auch quantitativ schwächere Wirkung zeigt, kommen auch Fälle vor, wo ein solches qualitativ schwächeres Extrakt quantitativ einem stärkeren Extrakt ebenbürtig, manchmal sogar überlegen ist. 10. Alkoholische Extrakte müssen bei Zimmertemperatur, nicht im Eisschrank aufbewahrt werden.
Fritz Loeb-München.

Das Antigen bei der Wassermannschen Reaktion, von A. Desmoulières. (Bull. méd., 1912, Nr. 79.) Im Antigen spielt das Cholestearin eine große Rolle; es gelingt

Digitized by Google

auch mit Cholestearinlösungen die Wassermannsche Reaktion anzustellen. Doch ist die Komplementablenkung nur partiell, da das Cholestearin offenbar in der heredosyphilitischen Leber unter anderen chemischen Bedingungen steht. Wenn man daher der Cholestearinlösung einen alkoholischen Extrakt aus Leberpulver zufügt, bekommt man ein sehr feines Antigen, das auch positive Reaktionen gibt, wenn die gewöhnliche Methode negativ ausfällt. Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Anwesenheit des Komplements, seiner Bestandteile und des hämolytischen Ambozeptors im Humor aqueus unter verschiedenen experimentellen Bedingungen, von F. Grignolo-Genua. (Pathologica, Bd. III, Nr. 65.) Der normale Humor aqueus mit Hammelerythrozyten vorbereiteter Kaninchen enthält keinen hämolytischen Ambozeptor, obwohl das Blut bedeutende Mengen davon enthält.

Der hämolytische Ambozeptor tritt im Humor aqueus $^1/_2$ Stunde nach der Parazentese der Augenvorderkammer in beträchtlicher Menge auf; diese ist jedoch geringer als die im Blutserum der entsprechenden Tiere enthaltene. Nach 36 Stunden ist der Ambozeptor noch, nach 48 Stunden nicht mehr nachweisbar.

Der hämolytische Ambozeptor tritt im Humor aqueus $^1/_2$ Stunde nach der subkonjunktivalen Einspritzung von 5 und 10 proz. Kochsalzlösung auf und in noch größerer Menge nach der Injektion einer 20 proz. Kochsalzlösung. 1 Stunde nach der 5 proz. und 3 Stunden nach der 20 proz. Einspritzung ist er nicht mehr nachweisbar.

Der normale Humor aqueus enthält keine dosierbaren Komplementmengen. Das Komplement ist bei einigen Versuchen in dem nach der Parazentese wiedergebildeten Humor aqueus nachweisbar, bei anderen Versuchen hingegen nicht nachweisbar; sein Vorhandensein hängt mit dem Verhalten des Blutserums der betreffenden Kaninchen zusammen, welches je nach den besseren oder schlechteren Lebensverhältnissen der Tiere mehr oder weniger reich an Komplement ist.

Der Gehalt des wiedergebildeten Humor aqueus an Komplement ist stets viel geringer als derjenige des Blutserums der betreffenden Tiere.

Der normale Humor aqueus enthält weder Endstück noch Mittelstück. In dem $^1/_2$ Stunde nach der Parazentese der Augenvorderkammer entnommenen Humor aqueus ist Mittelstück, aber kein Endstück nachweisbar. Ersteres ist 36 Stunden nach der Parazentese nicht mehr nachweisbar. K. Rühl-Turin.

Ozonisiertes syphilitisches Blutserum nimmt komplementbindende Eigenschaften an, von M. Segale-Genua. (Pathologica, Bd. III, Nr. 57.) Die Ozonisierung verleiht dem syphilitischen Serum komplementbindende Eigenschaften, sehr ähnlich denjenigen, welche ihm der Kontakt mit den lipoiden Komplexen verleiht; einen gleichen Parallelismus beobachtete Verfasser auch bei einigen Kaninchenseris. Verfasser beobachtete auch, daß bei der Ozonisierung syphilitischen Serums ein besonderer Konglutinationsprozeß zutage tritt, welcher sonst bei menschlichen Seris nie beobachtet wurde.

Verfassers Beobachtungen neigen einerseits dazu, der Wassermannschen Probe den Charakter einer immunitären Reaktion abzusprechen, und liefern andererseits den Nachweis, daß das luetische Serum, unter der Wirkung energischer Oxydierungen besondere Modifizierungen erfährt, durch welche sich vielleicht die Tatsache erklären läßt, daß sich eine Reaktion von nicht immunitärem Typus, wie es die Wassermannsche ist, in der Praxis so spezifisch erwiesen hat. K. Rühl-Turin.

Untersuchungen über die Brauchbarkeit der v. Dungernschen Reaktion für die Serumdiagnostik der Syphilis, von Otto Stiner-Bern. (Schweizer Corresp.-Bl., 1911, Nr. 33.) An der Hand eigener Experimentaluntersuchungen und auf die einschlägige Literatur gestützt, hat Verfasser eine kritische Nachprüfung der von Dungern-

Digitized by Google

schen Modifikation ausgeführt. Verfasser bezeichnet auf Grund seiner Erfahrungen die Modifikation im Gegensatz zur Originalmethode als theoretisch anfechtbar, und praktisch unbrauchbar, letzteres besonders wegen der Inkonstanz der käuflichen Reagenzien und zwar namentlich des Komplementes. Verfasser hält die Modifikation für nicht charakteristisch für Syphilis, da sie auch bei anderen Erkrankungen, namentlich bei Karzinom positive Ausschläge gebe. Die Modifikation versagt gegenüber der Originalmethode in einer Anzahl von Fällen und ergibt gelegentlich auch bei Gesunden positive Resultate.

Graetz-Hamburg.

Die Boassche Modifikation der Wassermannschen Reaktion, von J. Arch. Campbell. (Glasgow Journ., Sept. 1912.) Diese Methode, bei der verschiedene Mengen von Serum angewendet werden, ist sehr präzise und sicher. Man kann mit ihr die Intensität der syphilitischen Infektion abmessen und auch die Wirkung der Behandlung kontrollieren. Die Therapie darf erst dann ausgesetzt werden, wenn die Reaktion mit allen Serummengen negativ ist. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Reaktion von Hecht-Weinberg bei syphilitischen und Augenaffektionen, von Leredde-Paris. (Soc. de Méd. de Paris, 27. Jan. 1912.) Die Seroreaktion nach Hecht-Weinberg stimmt unter der Voraussetzung einer mit allen im Original genauer angegebenen Kautelen durchgeführten Technik regelmäßig mit der Original-Wassermann-Reaktion überein. Die genannte Reaktion ist in mindestens 10% der Fälle, bei denen die Wassermann-Reaktion negativ ist, positiv und stellt demnach ein schärferes Symptom der Syphilis dar, als die Orginal-Wassermann-Reaktion. Die Divergenzen im Ausfall der beiden Reaktionen haben als Zeichen einer schwachen Infektion zu gelten. Dabei kann es sich um abnehmende oder um beginnende Infektionen (beginnendes Rezidiv) handeln. Über diese Verhältnisse müssen im einzelnen Fall die klinischen Befunde entscheiden. Die Divergenz kann auch bei Abschwächung der Allgemeininfektion und restierender schwerer Lokalinfektion zutage treten und ist dann namentlich bei Augenerkrankungen von fundamentaler Bedeutung, da hier entweder die Infektion nicht bekannt oder die Wassermann-Reaktion negativ und der syphilitische Charakter der Erkrankung nur schwer zu erkennen ist. Auch hinsichtlich des Erfolges der Behandlung, die bekanntlich nur bei frühzeitiger Anwendung von Erfolg gekrönt ist, ist die Hecht-Weinbergsche Modifikation von hoher Bedeutung. Verfasser hält es für möglich, daß auch bei Erkrankungen der inneren Organe ähnliche Verhältnisse obwalten, wie sie im vorstehenden geschildert sind. Verfasser identifiziert im Sinne von Neisser die positive Reaktion mit aktueller Syphilis, welche einer Behandlung bedarf und fordert die energische Behandlung bis zum Schwinden jeglicher Reaktion.

Graetz-Hamburg.

Konglutinationsreaktion nach Karvonen, von Hugo Hecht-Prag. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 2.) Die von Karvonen angegebene Methodik beruht ebenfalls auf dem Prinzip der Komplementbindung, benutzt aber als Indikator für die stattgehabte Bindung nicht die Hämolyse, sondern die Konglutination der Blutkörperchen. Bei seiner Nachprüfung dieser Methode fand Verfasser bei zirka 150 Patientenseris eine ziemliche Übereinstimmung zwischen Originalmethode und Konglutinationsreaktion. Bei Nichtluetikern ergab die Reaktion stets einwandfreie negative Resultate, vorausgesetzt, daß die nicht eben seltene Eigenhemmung der Sera ausgeschaltet wurde. Bei beginnender oder latenter Lues erwies sich die Konglutinationsreaktion sogar vielfach als stärker. Im allgemeinen deckten sich die Ergebnisse der beiden Reaktionen. Trotzdem ist Verfasser der Auffassung, daß die Reaktionen nach Carvonen niemals ein vollwertiger Ersatz der Originalmethode werden könne, da sich das Ablesen der Resultate noch schwieriger gestalten würde, als bei der Wassermann-Reaktion und der Unterschied

Digitized by Google

zwischen positiv und negativ häufig nicht scharf genug ausgeprägt ist. Dem Vorteil, den die bequeme Ausschaltung der Normalambozeptoren des Menschenserums bietet, stehen die häufigen Eigenhemmungen der Sera gegenüber, welche die Sicherheit der Methode beeinträchtigen, und sie für die Praxis unbrauchbar machen.

Graetz-Hamburg.

Über die Serodiagnose der Syphilis durch die Konglutinationsreaktion (Karvonensche Methode), von G. B. Dalla Favera-Parma. (Boll. d. Scienc. Med. di Bologna, 1912, H. 8.) Bei der Karvonenschen Methode handelt es sich um dieselbe Grundlage wie bei der Wassermannschen Reaktion, d. h. um den Nachweis der luetischen Antikörper im Serum durch die Komplementbindungsreaktion. Beim Karvonenschen Verfahren wird hierzu an Stelle der Hämolyse die Konglutination der roten Blutkörperchen verwertet, welche das Blutserum von Ochsen in Gegenwart von Komplement bewirkt. Verf. hat in 277 Fällen vergleichende Untersuchungen mit der Wassermannschen und der Karvonenschen Reaktion ausgeführt und kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die Karvonensche Methode hat einen bedeutenden diagnostischen Wert.

2. Ihre technischen Schwierigkeiten sind wenig oder überhaupt nicht geringer als diejenigen der Wassermannschen Methode.

3. Bei Sekundär- und Tertiärlues mit Anwesenheit von Erscheinungen liefert die Karvonensche Reaktion mehr oder minder die gleichen Resultate wie die Wassermannsche Reaktion. In Fällen von Primärsklerose, bei latenter Lues und bei parasyphilitischen Erkrankungen ist die Karvonensche Reaktion etwas empfindlicher.

4. Die Karvonensche Reaktion bietet jedoch Übelstände, die der Wassermannschen Reaktion nicht zukommen, und zwar besonders den, daß infolge des hindernden Einflusses des menschlichen Serums auf den Konglutinationsprozeß die Beurteilung der Resultate schwierig und unsicher wird.

Die Karvonensche Methode wird schwer die Wassermannsche in der Praxis vollständig ersetzen; sie wird hingegen, dank ihrer großen Empfindlichkeit, die Wassermannsche in manchen Fällen erfolgreich ergänzen resp. unterstützen. K. Rühl-Turin.

Zur Weichardtschen Epiphaninreaktion, von Korff-Petersen und Brinkmann-Berlin. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 45.) Verf. wenden sich gegen einige Behauptungen, welche v. Angerer und Stötter in ihrer Arbeit „Über Versuche, Antigen-Antikörperwirkungen sichtbar zu machen" (Münch. med. Wochenschr., Nr. 38) aufgestellt haben. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Meiostagminreaktion bei Lues. Vergleich zwischen der Meiostagminreaktion und der Wassermannschen Reaktion, von F. Fisichella-Genua. (Pathologica, Bd. III, Nr. 67.) Die Meiostagminreaktion liefert bei Syphilis beachtbare Resultate und leistet sehr gute Dienste; sie kann jedoch in der Praxis nicht die Wassermannsche Reaktion ersetzen.

Was die Ausführung anbelangt, so ist die Technik der Meiostagminreaktion einfacher als diejenige der Wassermannschen Probe. Dagegen hat die Meiostagminreaktion den Nachteil einer größeren Labilität der Antigene.

Die Meiostagminreaktion stellt ein wertvolles Hilfsmittel für die Fälle dar, wo die Wassermannsche Reaktion negativ oder undeutlich ausfiel. K. Rühl-Turin.

Über Hemmung der Alkoholhämolyse durch Blutserum Luetischer, von J. H. Schultz. (Folia serol., Bd. VII, H. 8.) Unter Anwendung einer geeigneten, im Original näher skizzierten Versuchsanordnung ließ sich der Nachweis erbringen, daß die Alkoholhämolyse der Erythrozyten durch menschliches Blutserum gehemmt werden kann. Die wirksamsten Sera dieser Art stammten zum größten Teil von Luetikern. Soweit aus dem bislang untersuchten kleinen Material ein Schluß gezogen werden kann,

Digitized by Google

scheinen die Ergebnisse auf einen gewissen Zusammenhang des Phänomens mit der Lues hinzudeuten. Ob und inwieweit ein solcher Zusammenhang tatsächlich besteht, müssen erst weitere Untersuchungen ergeben. Graetz-Hamburg.

Über die Wassermannsche Reaktion in der Syphilisbehandlung, von E. Jeanselme und A. Verner-Paris. (Paris méd., März 1912.) Eine einheitliche Richtschnur für die Behandlung syphilitischer Erkrankungen gibt es nicht. Die Behandlung muß sich nach den durch die Wassermannsche Reaktion gegebenen Indikationen, sowie nach dem Ausfall der Untersuchung des Lumbalpunktates richten. Mit Hilfe einer von den Verfassern ausgearbeiteten Modifikation gelingt es nach den einschlägigen Angaben in gewisser Beziehung die Virulenz der Syphilis zu bestimmen, ihre Schwankungen auch unabhängig von objektiven Symptomen zu verfolgen und namentlich drohende Rezidive zu erkennen. Die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit gibt Aufschluß über die Zusammensetzung dieser Flüssigkeit, was um so wichtiger ist, als bei Syphilitikern in der Regel alle Flüssigkeitsansammlungen wie Eiter, Exsudate usw. die gleiche Reaktion ergeben wie das Blut, mit Ausnahme eben des Liquor, der gewissermaßen streng abgeschlossen erscheint. Für eine positive Reaktion im Liquor ist eine schwere Veränderung der Meningen Vorbedingung. Andererseits kann bei positiver Reaktion im Liquor die Blutreaktion negativ sein, nach Ansicht des Verf. ein Zeichen, daß die Erkrankung ihre volle Wucht auf die Meningen geworfen hat. Daraus ergibt sich eben die schon erwähnte Notwendigkeit, die therapeutischen Maßnahmen den aus der Untersuchung von Blut und Liquor sich ergebenden Indikationen anzupassen. Graetz-Hamburg.

Antisyphilitische Therapie und Wassermannsche Reaktion, von Ferdinand M. Parent. (Thèse de Paris, 1911.) Fritz Loeb-München.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Zur Behandlung der Lepra mit Nastin, von Schumacher-Kaiserl. Schutztruppe Deutsch-Ostafrika. (Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene, 1913, Bd. 17, H. 1.) Die Behandlung mit Nastin schien dem Verfasser bei leichten Fällen von Lepra sehr günstig. Die Patienten wurden durchschnittlich mit acht Injektionen Nastin B_1 und je 16 Injektionen Nastin B_2 behandelt, die sie gut ohne weitere Beschwerde ertragen haben. Die Flecken wurden dunkler und die Knötchen weicher. Das Allgemeinbefinden war gut. Chrzelitzer-Posen.

Verschiedenes.

In Berlin ist unter dem Vorsitze von Geh. Med.-Rat Prof. A. Eulenburg eine **Ärztliche Gesellschaft für Sexualwissenschaft** gegründet worden. Dem Vorstande gehören weiter an Iwan Bloch, Magnus Hirschfeld, H. Koerber, Otto Adler, O. Juliusburger, H. Rohleder. Tagesordnung der ersten Monatssitzung am 21. Februar, abends 8 Uhr im Langenbeckhause: Iw. Bloch, Aufgaben der Ärztl. Gesellsch. f. Sexualwissensch.; M. Hirschfeld Moulagen von Hermaphroditen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

1. März 1913 | Nr. 9 | Band 56

Eine mit atrophischen Veränderungen der affizierten Gebiete verknüpfte, rezidivierende Dermatitis des Gesichts.

Von

Richard L. Sutton, M.D., Kansas City, Mo.,

Professor of Dermatology, University of Kansas; Dermatologist to the Bell Memorial, Swedish, and Wesley Hospitals.

(Übersetzt von Dr. A. Philippi-Bad Salzschlirf.)

(Mit 5 Abbildungen.)

Die folgenden fünf Fälle, welche sämtlich während der letzten drei Jahre mehr oder minder lange von mir behandelt worden sind, bieten die Erscheinungen einer bisher, soviel ich habe feststellen können, noch nicht beschriebenen Affektion dar. Höchstwahrscheinlich haben die meisten Forscher diese Störung der Gruppe der Seborrhoide zugezählt, wie ich auch selber bei den ersten beiden von mir beobachteten Fällen dies getan habe. Aber durch ein fortgesetztes klinisches und mikroskopisches Studium des Leidens bin ich zu der Überzeugung gelangt, daß dasselbe tatsächlich nicht dorthin gehört. Mehrere sehr erfahrene Dermatologen, mit denen ich mich betreffs dieses Symptomenkomplexes besprochen habe, erklärten, daß sie klinisch damit wohl vertraut seien, wenn sie auch die Affektion niemals mit voller Gründlichkeit erforscht hätten. In der Regel hätten sie die Fälle als abnorme Formen von seborrhoischer Dermatitis oder als ungewöhnliche Beispiele von Rosazea klassifiziert.

Klinische Beobachtungen:

I. A. E., Kaufmann, 22 Jahre alt, ledig, wurde mir durch Dr. N. E. Lake von hier im April 1909 zugewiesen. Pat. ist der Abstammung nach Schwede, ist aber in Kansas geboren und aufgewachsen. Die Familienverhältnisse sind in bezug auf Hautkrankheiten von negativer Art. Pat. hat sich, von dem Hautleiden abgesehen, stets einer vorzüglichen Gesundheit erfreut und hat auch niemals über seborrhoische Störungen an der Kopfhaut oder der Nase, noch auch über Akne vulgaris zu klagen gehabt.

Dagegen hat er von seinem zehnten Geburtstage an stets mehr oder weniger an einem rezidivierenden, erythematösen Ausschlag zu leiden gehabt, welcher in symmetrischer Lokalisierung auf die Wangen beschränkt blieb und namentlich deren obere zwei Drittel und die Vorderfläche des Kinnes einnahm. In jedem Jahre wurde die Haut an diesen Gebieten drei- bis viermal in der Art affiziert, daß sie sich rötete, ödematös anschwoll, etwas druckempfindlich wurde und von starkem Brennen und Jucken heimgesucht wurde.

Digitized by Google

Bläschenbildung wurde niemals beobachtet, und es stellte sich während und nach den Attacken nur wenig oder gar keine Abschilferung ein. Die Wirkung des Sonnenlichtes in der heißen Jahreszeit, sehr scharfes Rasieren oder die Verwendung einer reichlich alkalischen Seife am Gesicht wurden als Faktoren genannt, welche einen Anfall auszulösen oder die schon etwa vorhandenen Läsionen zu verschlimmern imstande wären.

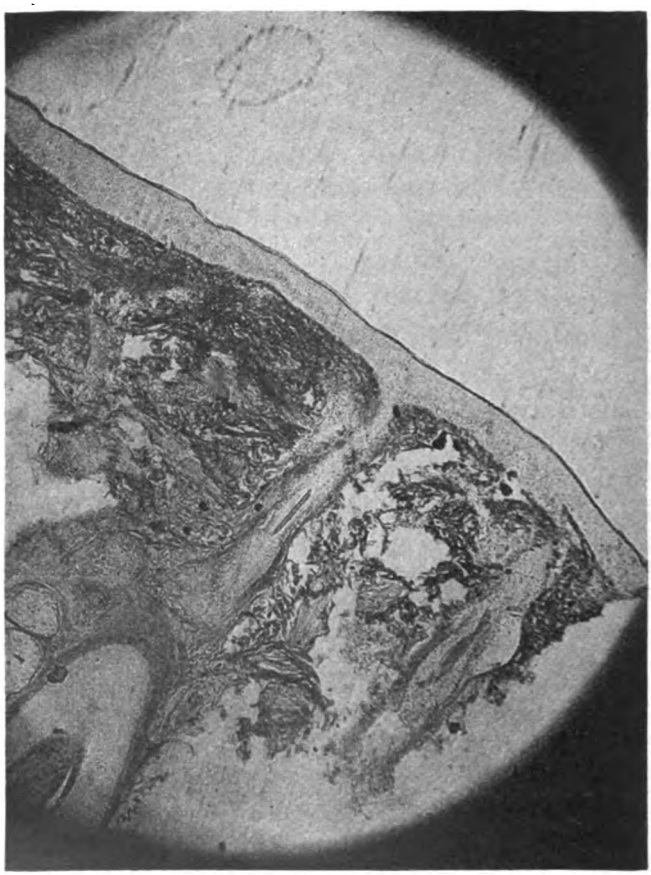


Fig. 1. Fall I.
Schnitt von der rechten Wange, Färbung nach Weigert (Obj. 1/4, kein Okular, Spencer).

In der Zeit des Wechsels der Jahreszeiten trat die Affektion am lästigsten hervor, aber der Pat. konnte sich zu keiner Periode im ganzen Jahr als immun gegen weitere Rückfälle betrachten. Das Vorhandensein von Verdauungsstörungen und eine allzureichliche Nahrungszufuhr führten wohl eine Verschlimmerung herbei; jedoch konnte solchen Momenten nicht direkt eine ursächliche Einwirkung für die Entstehung der Rezidive zugeschrieben werden. Greifbare konstitutionelle Symptome waren niemals vorhanden gewesen, und pflanzliche Noxen waren bestimmt auszuschließen. An Pernionen

Digitized by Google

sowie an kalten Extremitäten oder Hyperhidrosis hatte Pat. niemals gelitten, aber er errötete leicht und schon bei geringfügiger Veranlassung.

Status praesens: Pat. ist ein kräftiger und, wie es scheint, gesunder junger Mann mit grauen Augen und reichlichem, hellbraunem Kopfhaar. Die Kopfhaut ist frei von Schuppen und auch an der Stirn, der Nasolabialgegend und der Brust finden sich weder fettige Schuppen noch hyperämische Stellen oder andere Anzeichen einer seborrhoischen Dermatitis. Die Wassermannsche Probe und die Tuberkulinreaktion (welche nicht zu jener Zeit, sondern im März 1910 ausgeführt wurden) fielen negativ aus. Der Blutdruck, nach Riva-Rocci bei horizontaler Lage mit einer 14 cm Armbinde ausgeführt, betrug 148 mm Hg. Der Urin war von normaler Beschaffenheit. Pat. litt an einem Rezidiv, das seiner Aussage nach am Tage zuvor eingesetzt hatte. An jeder Wange fand sich ein unregelmäßig ovaler, erythematöser Fleck von 12×7 cm Umfang. An diesem Gebiete war die Haut erheblich gerötet, gespannt, glänzend und ödematös. Eine ähnliche Läsion, etwa 3 cm im Durchmesser betragend, nahm die vordere Fläche des Kinns ein. An den Rändern der Läsionen ging die Rötung allmählich abgestuft in die umgebende gesunde Haut über, und auch die Induration war nicht scharf abgegrenzt. Es wurde über Brennen und Jucken an den ergriffenen Partien geklagt. Die Art des Prozesses war an den Wangen schärfer charakterisiert als am Kinn. Die Ohren waren nicht beteiligt, und auch die Mundschleimhaut war normal. Konstitutionelle Symptome waren nicht vorhanden. Es wurde die Diagnose auf akute seborrhoische Dermatitis gestellt, und Pat. erhielt ein merkurielles Laxans sowie Galmeilösung fürs Gesicht und das Elliottsche Waschwasser für die Kopfhaut.

Die subjektiven Beschwerden wurden durch die Schüttelmixtur gebessert, und die entzündlichen Erscheinungen vergingen im Laufe von einer Woche. Die Haut nahm wieder ihre normale Färbung und Oberflächenbeschaffenheit an, blieb aber noch gegen alle Irritantien außerordentlich empfindlich. Solange aber der Fall noch unter Beobachtung geblieben ist, sind immer wieder Rückfälle aufgetreten, trotz aller Behandlung und der Anwendung aller der verschiedenen bekannten hygienischen und prophylaktischen Maßregeln. Die lokalen Mittel, welche anfangs die subjektiven Störungen prompt beseitigten, versagten im weiteren Verlauf vollständig, und der Kranke hat daher viele der von Zeit zu Zeit empfohlenen juckstillenden Mittel im Laufe der letzten drei Jahre der Reihe nach durchprobiert. Der dabei erzielte Erfolg ist immer nur von kurzer Dauer gewesen, indem ein jedes Präparat nach einigen Versuchen schon seine Wirksamkeit einzubüßen schien. Am wohlsten befand sich Pat. noch bei Verwendung des flüssigen Extraktes

Digitized by Google

von Grindelia robusta in einer 10 bis 25 %igen wässerigen Lösung, die mehrmals täglich aufgetragen wurde. Absolut verboten wurden alkoholische Getränke, Tee, Kaffee, Essig-Eingemachtes, Käse, Büchsenkonserven usw., und der Pat. hat die Vorschriften mit großer Gewissenhaftigkeit ausgeführt.

II. C. K., weiblich, Schülerin, 18 Jahre alt, durch Dr. I. Archil Robertson von hier im Januar 1910 mir überwiesen. Die Patientin war der Abstammung nach deutsch, war aber in Missouri geboren und lebte in Kansas City. Die Anamnese ergab nichts von Hautkrankheiten bei den Angehörigen. Pat. hat niemals eine ernstere Erkrankung irgend welcher Art durchgemacht. Sie hatte wohl mit Seborrhoe der Kopfhaut in geringfügigem Grade zu tun gehabt, hatte aber niemals Komedonen oder Aknepusteln am Gesicht oder an der Brust bemerkt. Die Menstruation setzte mit 14 Jahren ein und ist seitdem stets regelmäßig und schmerzlos verlaufen.

Das zu behandelnde Hautleiden war während der letzten acht bis neun Jahre zu wiederholten Malen hervorgetreten. Anfangs zeigte es sich am markantesten in den ersten Frühlingsmonaten, März und April; aber neuerdings haben die Attacken an Häufigkeit zugenommen und sind in jedem Jahre mehrmals hervorgetreten.

Die befallenen Partien stimmten beinahe genau mit denen beim Fall I überein, wenngleich die am Kinn lokalisierte Läsion nicht ganz so deutlich entwickelt war. Die im Anschluß an den Anfall sich entwickelnde Abschilferung war etwas erheblicher, immerhin war dies bei beiden Fällen eine nur sehr wenig ausgeprägte Erscheinung.

Das Blut und der Urin waren normal, und die Tuberkulinreaktion erwies sich als negativ. Der weitere Verlauf gestaltete sich in allen wesentlichen Einzelheiten genau wie beim ersten Fall.

III. C. E. R., männlich, verheiratet, Rechtsanwalt, 43 Jahre alt. Er wurde mir durch Dr. G. Wilse Robinson von hier im Juli 1911 überwiesen. Bei diesem Kranken hatte der erythematöse Prozeß die Wangen und die Stirn ergriffen, und es war daneben eine wohl prononzierte seborrhoische Disposition zu konstatieren. Die Störung hatte seit dem zehnten oder elften Lebensjahr bestanden, aber die Seborrhoe und die seborrhoische Dermatitis waren erst ungefähr fünf Jahre später hinzugekommen. Es war eine Alopecia pityroides vorhanden, und an der Gegend der Augenbrauen bemerkte man etwas Schuppenbildung.

Die abnorme Fettigkeit des Gesichts verschwand prompt unter der lokalen Anwendung von Elliotts alkoholischer Resorzinlösung, und die Beschaffenheit der Kopfhaut besserte sich wesentlich unter der täglichen Bearbeitung mit einer alkoholischen Sublimatlösung; der erythematöse Prozeß dagegen ist trotz aller Therapie immer wieder in die Erscheinung getreten. Die Hautoberfläche bleibt, wie bei den beiden vorigen Fällen, immer trocken, und man sieht nichts von Bläschenbildung, aber die Haut rötet sich, wird ödematös und gespannt, und es besteht ein recht bedeutender Grad von Juckreiz und Brennen. Die Wirkung

Digitized by Google

der zahlreich angewandten therapeutischen Mittel ist so ziemlich die gleiche gewesen wie bei Fall I und II. Anfangs brachten die einfacheren Applikationen Linderung, aber jedes der in Anwendung gebrachten Medikamente scheint schließlich seine lindernde Kraft einzubüßen und wirkt zuletzt, wenn man es fortgesetzt noch anwendet, mehr oder weniger als ein Reizmittel.

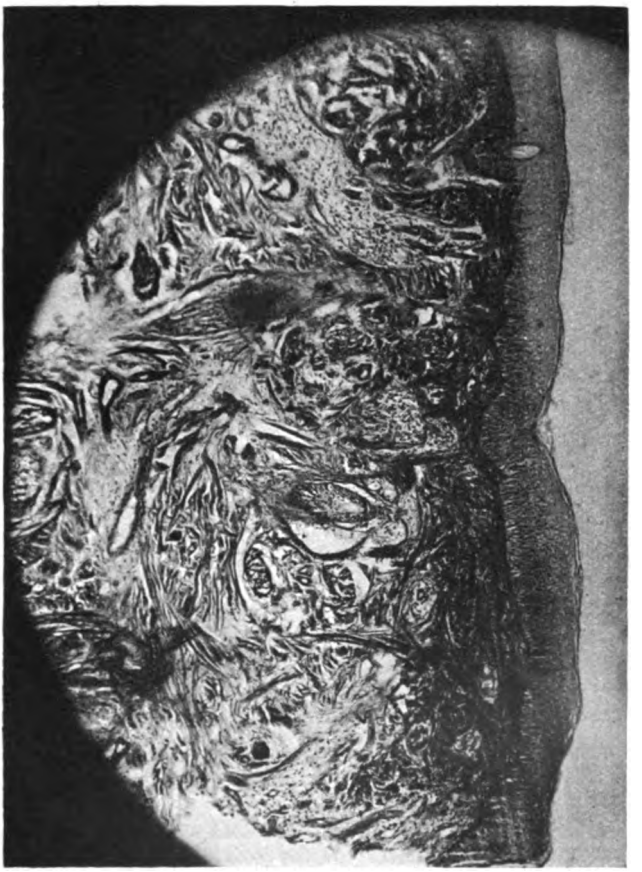


Fig. 2. Fall IV.
Schnitt von der Wange, Färbung nach Weigert (Obj. 1/4, kein Okular, Spencer).

IV. D. W. B., männlich, ledig, Kommis, 22 Jahre alt, von Dr. Arthur E. Hertzler von hier im September 1911 mir zugewiesen. Pat. stammt aus Kansas und ist in Kansas City ansässig. Ein jüngerer, jetzt 17 jähriger Bruder, in Halstead, Kansas wohnhaft, ist seit seinem elften Lebensjahr in ähnlicher Weise affiziert gewesen. Im übrigen sind die Familienverhältnisse ohne Belang.

Digitized by Google

So lange sich Pat. erinnern kann, ist seine Gesichtshaut außerordentlich zart und gegen jedwelche Irritamente besonders empfindlich gewesen. Seit der Pubertät ist ein mäßiger Grad von Seborrhoe immer vorhanden gewesen, aber niemals ist etwa eine seborrhoische Dermatitis an der Kopfhaut oder im Gesicht zu bemerken gewesen, und auch Akneläsionen sind niemals hervorgetreten. In den Intervallen zwischen den Attacken ist die Haut immer glatt und rosig gewesen und frei von makroskopischen

Fig. 3. Fall IV.
Schnitt von der Wange, Färbung mit Hämatoxylin-Eosin
(Obj. $^1/_4$, kein Okular, Spencer).

Anzeichen einer Atrophie. Die Kreislaufsorgane waren von ausgezeichneter Beschaffenheit, aber Pat. war, wie Fall I, von neurotischem Temperament und wurde leicht rot im Gesicht. Das Allgemeinbefinden war immer sehr gut gewesen. Über Verdauungsstörungen war niemals zu klagen gewesen.

Status praesens: Pat. ist ein gut entwickelter, muskulöser Mann mit hellbraunem Haar und ebensolchen Augen. Blut und Urin sind

Digitized by Google

normal. Die Wassermannsche Reaktion war negativ. Auf Tuberkulin erfolgte bei Verwendung der v. Pirquetschen Methode eine leichte Reaktion, aber es erfolgte keine Temperatursteigerung nach der Injektion. Mit Ausnahme der Wangen zeigte die Gesichtshaut keinerlei Läsionen irgend welcher Art; nur waren die Nase und die Nasolabialfurchen leicht seborrhoisch affiziert. Die Kopfschwarte war frei von Schuppenbildung, und es war nichts von Alopezie zu bemerken. Ein neues Rezidiv war zwei Tage vor der ersten Konsultation aufgetreten. Es handelte sich bloß um die Wangen; das Kinn war nie beteiligt gewesen. Auf beiden Seiten des Gesichts war die Haut gerötet, gespannt, ödematös und auf Druck empfindlich. Es bestand ein erhebliches Brennen

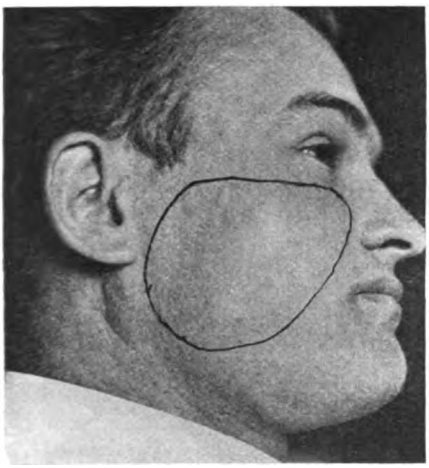


Fig. 4. Fall IV.
Zeigt die Lokalisierung des erkrankten Gebietes an der rechten Wange.

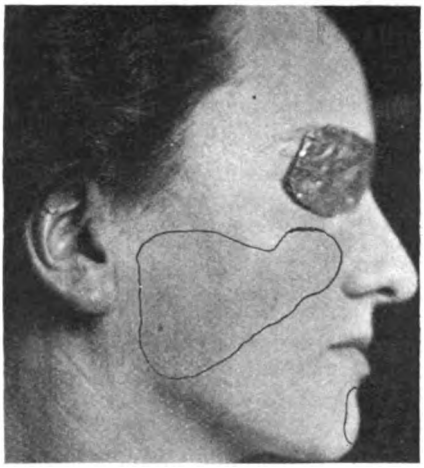


Fig. 5. Fall V.
Zeigt die Lokalisierung und Ausdehnung des erkrankten Gebietes an der rechten Wange und am Kinn.

und Jucken, aber ohne Sekretion; vielmehr war die Haut vollständig trocken. Die Wangenschleimhaut war normal. Nasenrötung bestand nicht; ebenso fand sich keine Dilatation der oberflächlichen Kapillaren der Nase oder der Wangen. Trotz aller Behandlung hielt die Attacke 14 Tage lang an. Der weitere Verlauf war sowohl in klinischer als auch in therapeutischer Hinsicht der gleiche wie bei den vorigen Fällen.

V. F. F., weiblich, ledig, Lehrerin, 22 Jahre alt. Sie wurde mir durch Dr. Joseph W. Howard von hier im März 1912 überwiesen. Pat. stammt aus Missouri und wohnt in Latour, Mo. Die hereditären Verhältnisse sind in bezug auf Dermatosen negativ. Die zu behandelnde Affektion hatte bestanden, soweit die Patientin zurückdenken kann, war aber während der letzten zehn Jahre in stärkerem Grade hervorgetreten. Der

Digitized by Google

Ausschlag war immer von erythematöser Art gewesen und war immer symmetrisch an den Wangen und dem Kinn lokalisiert. Aussickern oder Papelbildung hatte nie stattgefunden; hingegen stellten der Juckreiz und das Brennen prononzierte subjektive Momente dar. In der Zwischenzeit zwischen den Attacken schien die Haut völlig normal zu sein. Pat. hatte immer ein äußerst empfindsames Temperament gehabt und errötete leicht bei der geringsten Veranlassung. Die Katamenien hatten mit dem 15. Lebensjahr eingesetzt und waren seitdem regelmäßig, obwohl gelegentlich etwas schmerzhaft verlaufen. Das Eintreten der Perioden schien keinerlei Einfluß auf die Entstehung oder den Verlauf des Ausschlags am Gesicht auszuüben.

Pat. war eine gut proportionierte, anscheinend gesunde junge Person mit braunem Haar und braunen Augen. Außer am Gesicht war die Haut frei von Abnormitäten. Der Blutdruck war normal. Mit Tuberkulin ließ sich (v. PIRQUET) eine leichte Reaktion erzeugen. Bei der ersten Konsultation hatte eine Attacke seit zwei Tagen bestanden, und die ergriffenen Stellen waren von dunkelroter Färbung und viel schärfer konturiert, als dies bei irgend einem der bisher beschriebenen Fälle zu konstatieren war. Die Haut war ödematös; namentlich war dies an den Wangen der Fall, und bei Druck zeigte sich etwas Dellenbildung. Von Seborrhoe sowie von seborrhoischer Dermatitis war nichts zu sehen. Im Anschluß an die Attacke entwickelte sich ein leichter Grad von Schuppenbildung, welche sechs bis sieben Tage anhielt. Nachher war die Haut von ganz normalem Aussehen.

Während des nächsten Rezidivs, das sich fünf Wochen später ereignete, waren die gleichen Gebiete beteiligt und außerdem stellte sich ein erhebliches Ödem an beiden Ohrmuscheln ein.

Histologischer Bericht.

Für die mikroskopische Untersuchung wurden Gewebsstücke entnommen: aus der rechten Wange bei Fall 1 (ungefähr ein Jahr nach der ersten Konsultation), aus beiden Wangen und von der Seite der Brust bei Fall IV (von der rechten Wange zur Zeit der ersten Konsultation, von der linken 14 Tage nachher und von der rechten Thoraxseite einen Monat später) und von der rechten Ohrmuschel bei Fall V (sechs Wochen nach der ersten Konsultation. Eine Biopsie an der Wange wurde bei diesem Falle verweigert.). Das Material wurde in Formaldehydlösung gehärtet und in Paraffin oder Kelloidin eingebettet resp. mit dem Gefriermikrotom geschnitten. Zum Vergleichen wurde normale Haut von einem 22jährigen Manne und Haut von einer seborrhoischen Dermatitis des Gesichts bei einem 23jährigen Manne verwendet. Es wurden die üblichen Färbemittel benutzt.

Die von den beiden Wangen von Fall IV gewonnenen Präparate und dasjenige von der rechten Wange des Falles I zeigten fast identische Veränderungen. Der Befund wird weiter unten wiedergegeben. In dem von der Ohrmuschel bei Fall V entnommenen Gewebsstück fand sich ein leichtes Ödem in der Stachelzellenschicht und eine gewisse Dilatation der Lymphräume und Blutgefäße im Derma nebst einem geringen Grad

Digitized by Google

von Rundzelleninfiltration. Die Haut der rechten Thoraxseite bei Fall IV war unverändert.

In den Schnitten von der Wange bei Fall I und Fall IV war das Stratum corneum nur wenig affiziert. Die Übergangsschicht war nicht scharf abgesetzt. Das Rete war in der Breite vermindert, und die Zellen färbten sich schlecht und ungleichmäßig. In der Basalschicht fanden sich mehrere geschrumpfte und unregelmäßig gestaltete Zellen, von denen manche einen perizellulären Hof aufwiesen. Die Papillen waren fast total obliteriert. In der papillären und der subpapillären Schicht waren die elastischen Fasern zwar kurz und von fragmentärer Form, aber sie waren von erheblich vergrößertem Durchmesser und undeutlich konturiert. Die einzelnen Fäden sahen geschwollen und „fuselig" aus, und man hatte beim ersten Blick den Eindruck, daß die obere Portion des Dermas fast völlig aus schlecht gefärbtem elastischem Gewebe bestand. Bei genauerer Betrachtung gewahrte man indessen, daß eine erhebliche Menge von Kollagen doch noch vorhanden war, obwohl dasselbe die sauren und neutralen Färbemittel nur unvollständig annahm. Hier und dort im elastischen Netzwerk verstreut fanden sich kleine Anhäufungen von Pigmentkörnern, welche an die Neumannsche „Pigmenttrübung" (Lehrb. d. Hautkrankh., 4. Aufl., Wien, 1874, Fig. 53) erinnern. In der oberen Kutis waren die Gefäße an Zahl vermindert, und die noch restierenden waren von geringer Größe. Unmittelbar unter der subpapillären Schicht sah man eine beträchtliche Rundzelleninfiltration nebst einigen Mastzellen. Einige wenige von den Gefäßen waren erweitert — dabei waren hier die Kapillaren in größerer Anzahl vertreten als in den Kontrollpräparaten — und es fand sich vielfach eine perivaskuläre Infiltration. In dieser Gegend war das Kollagen nur wenig brüchig geworden und färbte sich leidlich gut. Die Knäuelgänge und -Drüsen zeigten nichts Abnormes, und man sah keine Mitosen im Drüsenepithel. Freies Fett war nicht nachzuweisen. Die Talgdrüsen waren um ein geringes größer als diejenigen der Kontrollpräparate. Die Zellen waren plump, und die einzelnen Elemente hoben sich scharf voneinander ab. Zeichen einer glandulären oder periglandulären Entzündung fanden sich nicht vor, wohl aber erkannte man an vielen Stellen des Dermas die Anzeichen von entzündlichen Vorgängen niedrigen Grades, Gefäßerweiterung, Infiltration mit Lymphozyten und kleine Gebiete von hyperplastischen Veränderungen. Das subkutane Fett war nicht affiziert.

Dieser pathologische Prozeß nun zeigt Ähnlichkeit mit Rosazea, Dermatitis venenata (namentlich mit der durch die Berührung mit Primula obconica und ähnlichen Hauspflanzen hervorgerufenen Form), dem Erythema multiforme, dem Pruritus aestivalis und hiemalis., Lupus erythematosus und der akuten seborrhoischen Dermatitis.

Bei der Rosazea bleibt die Nase selten oder niemals völlig verschont; die oberflächlichen Kapillaren sind fast immer dilatiert, die Hyperämie ist von mehr oder weniger persistierender Art, und in histologischer Beziehung stellt die Hypertrophie ein charakteristisches Moment dar.

Dermatitis venenata wird auszuschließen sein auf Grund der Anamnese und auch durch den Umstand, daß die hier beschriebene Affektion immer

Digitized by Google

nur ganz bestimmte Gebiete befällt. Der Pruritis der Jahreszeiten kann durch die gleichen Beweismittel eliminiert werden. Beim Erythema multiforme sind die Läsionen nur selten auf das Gesicht beschränkt, und in der Regel fehlen konstitutionelle Störungen nicht. Es würde auch etwas sehr Ungewöhnliches sein, fünf so ausgesprochen analoge Fälle zu finden, bei denen das Leiden immer nur den makulösen Typus aufwies und mit so großer Häufigkeit während solch eines langen Zeitraumes rezidivierte. Erysipel ferner kann man durch die Anamnese und durch das absolute Fehlen von allen Allgemeinerscheinungen ausschließen.

Beim Lupus erythematosus ist die „Schmetterling-" oder „Fledermausflügelform" an den Wangen eine bekannte Erscheinung, aber in der Regel besteht eine auffallende Atrophie, und die Mündungen der Talgdrüsen in dem affizierten Gebiete sind gewöhnlich weit geöffnet. Ferner ist die Schuppenbildung ein gleich in die Augen fallendes Symptom. Gelegentlich vergehen allerdings die Läsionen des Lupus erythematosus auf einige Zeit und rezidivieren alsdann später; selten oder fast nie jedoch geschieht dies mit der bei dem hier geschilderten Prozesse dokumentierten Hartnäckigkeit und Häufigkeit.

Die Differentialdiagnose ist gegenüber der seborrhoischen Dermatitis andererseits durchaus nicht so leicht, und diese Diagnose wurde in der Tat — wenn auch mit Vorbehalt — zuerst gestellt, als die beiden ersten Kranken sich zur Behandlung einfanden. Weitere Begründung gewann der Zweifel an der Richtigkeit dieser Auffassung jedoch alsbald durch den weiteren Verlauf des Leidens nebst dem Versagen der therapeutischen Anwendungen, sowie später durch den Nachweis der an senile Vorgänge erinnernden Atrophie der Haut an den befallenen Regionen, wie dies bei der Biopsie von Fall I festgestellt wurde.

Da die beiden nächsten Patienten die Entnahme von irgend welchem Material für Untersuchungszwecke platterdings verweigerten, konnten wir weitere Anhaltspunkte zur Bestätigung der histologischen Befunde erst beim Eintreffen des vierten Falles gewinnen. Dieser Patient, ein äußerst intelligenter Herr von feiner Bildung, ist in bezug auf Biopsien immer sehr entgegenkommend gewesen, und ich bin ihm zu lebhaftem Dank verpflichtet wegen der beträchtlichen Mengen von Gewebe, das er im Laufe der Beobachtungen zu entnehmen mir gestattete.

Die Frage nach der Ätiologie bei diesen Fällen gibt manche Rätsel auf. Die Anaphylaxie mag dabei eine Rolle spielen; aber bis weitere, bestimmtere Beweismittel beigebracht werden, ist mit dieser Erklärung, die allzusehr an das Sammelwort „harnsaure Diathese" erinnert, wenig anzufangen.

Eine abnorme Labilität der peripheren Zirkulation, wie solche bei den Fällen I, IV und V durch das häufige Rotwerden im Gesicht angedeutet war, dürfte nicht ohne Bedeutung sein, und auch das Fehlen einer Dilatation bei den oberflächlichen Kapillaren verdient in dieser Beziehung Berücksichtigung.

Der Umstand, daß die Läsionen eine symmetrische Lokalisation aufweisen und fast ausschließlich dem beim Erröten am Gesicht ergriffenen Gebiete angehören, legt den Gedanken an einen reflektorischen

Digitized by Google

Vorgang sehr nahe, namentlich im Verein mit gastro-intestinalen Störungen. Der vortreffliche Allgemeinzustand der Patienten und ihr Freisein von allen subjektiven Erscheinungen der Dyspepsie wären allerdings als gewichtige Argumente gegen diese Theorie ins Feld zu führen, doch dürfte unsere Auffassung dadurch nicht als völlig unhaltbar gemacht erscheinen.

Zur Sulfoformbehandlung der Alopecia seborrhoica.

Von

Prof. Dr. Max Joseph, Berlin.

In Nr. 6 dieser Wochenschrift hat Sternthal seine therapeutischen Versuche mit dem von Ludwig Kaufmann dargestellten und von mir für dermatologische Zwecke in die Therapie eingeführten Sulfoform veröffentlicht. Der Verfasser ließ sich angelegen sein, das Präparat vom klinischen Standpunkte aus einer Prüfung zu unterziehen und kam dabei auch seinerseits zu dem erfreulichen Resultate, daß wir in dem Sulfoform ein Mittel besitzen, das sich bei einer Reihe von Erkrankungen der Haut unseren bisherigen Schwefelpräparaten überlegen zeigt.

Nicht beipflichten kann Sternthal den theoretischen Anschauungen, die wir auf Grund der chemischen und physiologischen Untersuchungen Kaufmanns[1]) in Anlehnung an die Arbeit Brissons[2]) als Arbeitshypothese für die Sulfoformwirkung auf der Haut aufstellten. Insbesondere aber glaubt er, sich gegen das Lob wenden zu sollen, das ich dem Präparate bei der Behandlung der Alopecia seborrhoica spendete, da es nach seiner Ansicht hier nicht mehr leiste als unsere bisherige Therapie.

Auf die theoretische Seite der Angelegenheit einzugehen, will ich mir im Einverständnis mit Hrn. Dr. Kaufmann für einen späteren Zeitpunkt vorbehalten. Nur möchte ich mir Sternthal gegenüber zu bemerken erlauben, daß ich alle unsere theoretischen Anschauungen über die Arzneimittelwirkung auf der Haut als nicht so feststehend ansehe wie er und daß mir daher die von mir gewählte und von ihm bemängelte besonders vorsichtige Ausdrucksweise bei unseren theoretischen Erörterungen stets recht angezeigt erscheint. Für wichtiger jedoch als diese

---

[1]) Ludwig Kaufmann, Über chemische und physiologische Eigenschaften des Triphenylstibinsulfids. Biochem. Ztschr., Bd. 28, Heft 1. — [2]) Pierre Brisson, Quelques considérations sur l'action du soufre en dermatologie. Ann. de Derm. et de syph., 1909, Heft 11.

Digitized by Google

Dinge halte ich es, den entmutigten und entmutigenden Anschauungen Sternthals bezüglich der Behandlung der Alopecia seborrhoica im allgemeinen und seinem Urteil über den Wert der Sulfoformbehandlung im besonderen entgegenzutreten.

Wenn dieser Forscher meint, daß alle unsere therapeutischen Bemühungen auf diesem Gebiete erfolglos seien, so nähert er sich ja mit dieser Ansicht dem Standpunkte Kromayers[1]), der sich auf der letztjährigen Naturforscherversammlung in einem dieses Thema behandelnden Vortrage wie so viele andere zu der resignierten Anschauung bekannte, daß die Menschheit nun eben einmal dazu verurteilt sei, früher oder später den Schmuck ihres Hauptes vollkommen zu verlieren. Ich kann nicht zugeben, daß unsere Kultur, daß unsere Bekleidungs- und Lebensweise der Erhaltung unserer Haupthaare besonders ungünstig sind. Daher muß von der praktischen Dermatologie — genau so wie puncto unserer Zähne von der Zahnheilkunde — alles getan werden, damit der bedrohte Besitzstand erhalten bleibt. Und es kann daher nicht oft genug gesagt werden, daß in den häufigsten Fällen die Ursache der Alopecia seborrhoica eine nicht oder eine schlecht behandelte Seborrhoea capitis ist. Die Seborrhoea capitis ist aber — speziell im frühen Stadium — beeinflußbar und heilbar, und das Heilmittel ist der Schwefel.

Wie uns aber nun die Chemie im Laufe ihrer fortschreitenden Entwicklung zu wirksameren Eisen-, Quecksilber-, Arsenpräparaten usw. geführt hat, so haben wir nach meiner Meinung nunmehr in dem Sulfoform ein Schwefelpräparat, das alle bisher — in der Dermatologie wenigstens — zur Anwendung gekommenen an Wirksamkeit übertrifft. Ich kann daher gerade bei der Behandlung der Alopecia seborrhoica den Kollegen nur empfehlen, von den bisher verwendeten Schwefelpräparaten und auch vom Sulfur praecipitatum unserer Altvordern, von dem selbst namhafte Dermatologen sich immer noch nicht trennen zu dürfen glauben (cf. die oben zitierte Arbeit Kromayers), Abschied zu nehmen und sich der Sulfoformtherapie zuzuwenden. Die Vorzüge dieser Therapie bestehen, worauf ich ja in meiner ersten Mitteilung[2]) ausführlich hingewiesen habe, darin, daß wir einerseits ein Präparat haben, bei dem der Schwefel in statu nascendi abgespalten wird und daß wir andererseits wegen des hervorragenden Löslichkeitsvermögens erwarten können, bis zu der Hyperkeratose der erkrankten Haarwurzelscheiden vorzudringen. Wenn wir alsdann bei dieser Therapie energisch darauf dringen, daß die Kur richtig und streng durchgeführt wird, so

---

[1]) Kromayer, Über den gewöhnlichen Haarausfall. Ther. d. Gegenw., 1912, Heft 10. — [2]) Max Joseph. Derm. Centralbl., Bd. 14, Nr. 1 und 2.

Digitized by Google

erzielen wir — speziell bei jüngeren Patienten — auch auf diesem sonst so undankbaren Gebiete Resultate, die nicht allein den Arzt, sondern, was, wie bei allen in die Domäne der Kosmetik fallenden Affektionen, von fast noch größerer Wichtigkeit ist, auch die Patienten und deren Angehörige befriedigen.

Zur Behandlung selbst habe ich dem früher Gesagten nicht viel hinzuzufügen. Ich verwende nach wie vor die von mir angegebenen weichen Sulfoformsalben (Sulfoform 2,5, Ol. oliv. 3,0, Vasel. alb. amer. opt. ad 25,0). Ich gebe aber gerne zu, daß die ölige Lösung des Präparates, das sogenannte Sulfoformöl, dessen Herstellung in haltbarer Form Kaufmann in der Zwischenzeit gelungen ist, und über das Walter Schneider [1]) ausführlicher berichtet hat, für manche Zwecke bequemer ist und eine angenehmere Applikationsform — speziell für Damen — darstellt. Die aus dem Sulfoformöl bereitete ölig-alkoholische Lösung verordne ich gerne zu kosmetischen Zwecken, worauf ich in meinem Handbuche der Kosmetik [2]) besonders hingewiesen habe. Von Hans Merz [3]), Basel, in dessen eingehender, in meinem Zentralblatt vor einigen Monaten veröffentlichten Arbeit über die Alopecia seborrhoica und deren Behandlung ich meine Erfahrungen über die Sulfoformtherapie zu meiner Freude bestätigt fand, wird das Präparat in Form einer Suspension verwendet und als tonisierende Therapie eine mit der Uviollampe ausgeführte, kurze Lichttherapie angeschlossen, von der ja manche Forscher Gutes bei der Alopecia seborrhoica gesehen haben. Die Zusammensetzung der von ihm verwendeten Sulfoformsuspension hat Merz nicht angegeben und wäre es daher wünschenswert, daß dies nachträglich noch geschieht.

Es erübrigt mir schließlich noch die Frage zu prüfen, warum Sternthal nicht zu einem günstigeren Urteil über die Sulfoformtherapie bei der Behandlung der Seborrhoea capitis gekommen ist. Ich glaube die Ursache darin erblicken zu sollen, daß er sich — wie dies ja auch im Rahmen der von ihm ausgeführten allgemeinen Prüfung nicht gut anders möglich war — nur mit vereinzelten Fällen befaßt und diese, wie er selbst angibt, nur einige Monate hindurch beobachtet hat. Wer sich aber, wie ich, seit über ein Jahrzehnt mit der Seborrhoea capitis und der Alopecia seborrhoica beschäftigt, der weiß, daß zur Beurteilung des Wertes oder Unwertes einer Behandlungsmethode dieser Affektion große Zeiträume und ein sehr großes Material gehören. Wenn ich daher in bestimmter Weise die Ansicht äußern kann, daß keines der bisher vorgeschlagenen und zur Anwendung gekommenen Schwefelprä-

[1]) Walter Schneider. Derm. Centralbl., Bd. 14, Nr. 10. — [2]) Max Joseph. Handbuch der Kosmetik, 1912, S. 432. — [3]) Hans Merz. Derm. Centralbl., Bd. 16, Nr. 1.

Digitized by Google

parate mit dem Sulfoform konkurrieren kann, so stütze ich dieses mein Urteil auf eine nahezu fünfjährige Erfahrung und auf die Behandlung von weit über 1000 Patienten.

Über meine auf diesem Gebiete weiterhin gesammelten Erfahrungen beabsichtige ich im Sommer dieses Jahres auf dem Internationalen medizinischen Kongresse in London zu berichten.

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologie.

1912, Bd. 6, Heft 8.

Über Harnröhrendivertikel, von Wolfgang Deus-Wien. Die echten kongenitalen Divertikel sitzen größtenteils im vordersten Teil der Pars cavernosa, in seltenen Fällen auch weiter rückwärts. Als Ursache ist eine Stauung des Harns in der Urethra infolge einer verspäteten Kommunikation zwischen Penis und Eichelharnröhre anzusehen. Die von epidermisähnlichem Epithel ausgekleideten Divertikel sind wahrscheinlich als erworben zu betrachten. Als Operationsmethode kommt für infizierte Fälle die Inzision und sekundärer Verschluß des Divertikels, für nicht infizierte die Exzison und Naht oder die Resekion der Harnröhre in Betracht.

Untersuchungen über die Länge der Pars posterior urethrae bei Urethritis und Urethroprostatitis, von H. Lohnstein-Berlin. Verfasser beobachtete eine auffallend große Variabilität der Länge der Pars posterior, wobei der Einfluß der Prostataschwellung von großer Bedeutung war. Je länger die Pars posterior bei chronischer Urethritis, um so häufiger ist absolut und relativ der Anteil der Prostatitis. Die Verlängerung der unteren Harnröhrenwand findet hauptsächlich in dem zwischen Colliculus und Sphincter internus liegenden Abschnitte der Pars posterior statt; je länger die gesamte Pars posterior, um so relativ häufiger ist der proximale Abschnitt an Länge dem distalen überlegen. Dasselbe finden wir auch für die obere Harnröhrenwand.

Über den praktisch-therapeutischen Wert des Zystopurins, von G. Krebs-Leipzig. Ein gutes Mittel bei akuter Zystitis, sowohl bei idiopathischer, blennorrhoischer und prostatischer Erkrankung als bei akuter Nephritis als Harndesinfiziens.

Heft 9.

Die Behandlung der Hodenretention, von Ottorino Uffreduzzi-Turin. Angabe der verschiedensten Behandlungsmethoden sowohl der unblutigen, als der blutigen (Orchiopexie, Orchiozelioplastik, Orchiektomie), und schließlich der Prothese. Außerdem verbreitet sich Verfasser über die Indikationsstellung.

Ein seltener Fall von Organverdopplung, von N. P. Trinkler-Charkow. Mitteilung eines seltenen Falles von eigenartiger Verdopplung einzelner Organe: sämtlicher Geschlechts-, teils Harnorgane, zwei Harnblasen bei einem Ureter in jeder, Verdopplung des Colon descendens und des Mastdarmes. Gerade letztere Verdopplung macht den Fall zu einer großen Seltenheit. Verfasser entwirft daran anschließend das Bild der Entstehung solcher Mißbildungen auf Grund der Erfahrungen der embryologischen Forschung, das seiner großen Bedeutung wegen sich nicht für ein kurzes Referat eignet.

Über seltene reflektorische Folgezustände der Kollikulus-Hypertrophie, von Orlowski-Berlin. 1. Impotenz. 2. Hodenanschwellung nach jedem Koitus. 3. Harnröhrenbrennen ohne jede andere Ursache. 4. Ejaculatio praecox mit Depressions-

Digitized by Google

zuständen. Diese Folgezustände wurden durch Kauterisation des Kollikulus geheilt. Von sonstigen subjektiven Urinbeschwerden, die man für nervös oder kollizystisch halten darf, wenn eine typisch sexuelle Anamnese fehlt, und die durch Kaustik des vergrößerten Kollikulus und Betupfung der Posterior hinter ihm mit 20% iger Argentumlösung zu beseitigen sind, sind zu erwähnen: Gefühl des Nichtfertigwerdens, des Nachträufelns, des Naßbleibens der Harnröhre, des schmerzlosen Zusammenziehens zum Schluß des Urinierens.

Heft 10.

Wer hat die Böttcherschen Spermakristalle entdeckt? Von P. Fürbringer-Berlin. Der Verfasser widerruft seine vor 30 Jahren gemachte Mitteilung, daß Böttcher als erster die Spermakristalle untersucht habe, und nennt heute Dalempazius, der bereits vor 213 Jahren diese Entdeckung gemacht hat, und unter der Erklärung: Arten von Salz, welche Dalempazius in dem menschlichen Samen wahrgenommenen, beschrieben hat. Doch war Böttcher der erste gewesen, welcher in einer größeren Arbeit die physikalischen Haupteigenschaften unserer Kristalle zielbewußt erschlossen hat.

Über ein neues, die Eiterkörperchen auflösendes, die Gonokokken schnell vernichtendes Mittel, von Dufaux-Berlin. Choleval, ein aus einer 2% igen kolloidalen Silberlösung mit 7,5% igem choleinsaurem Natrium als Schutzkolloid bestehendes Präparat, hergestellt in der chemischen Fabrik von E. Merck-Darmstadt, wird als ein ideales Trippermittel gepriesen. Verfasser hat ausgedehnte Versuche gemacht. Die Heilungsdauer schwankte je nach der Schwere der Infektion, der Konstitution des Patienten und seines Verhaltens von 1—5½ Wochen, wobei die meisten Fälle in 2—3 Wochen zur Heilung gelangten. Die Gonokkoken verschwanden im Durchschnitt in 2—3 Tagen.

Über die bösartigen einfachen Geschwülste des Hodens (Karzinom, Sarkom, Adenokarzinom, von Arnaldo Vecchi-Turin. In einer sehr umfangreichen Arbeit legt der Verfasser seine Erfahrungen auf Grund sorgfältiger Untersuchung nieder: Hinsichtlich von 24 untersuchten Tumoren, die er als Karzinome anspricht, kommt er zu dem für den Pathologen sehr interessanten Schluß, daß in den großen neoplastischen Alveolen und besonders im Zentrum, wo sich die Zellen mosaikartig anhäufen, gewöhnlich kein interzelluläres Bindegewebsnetzwerk vorhanden ist, sondern die Zellenmembranen dicht aneinandergefügt sind, ohne daß dazwischen irgendwelche Fibrillen nachweisbar seien; daß man zuweilen an der Peripherie der Alveolen oder in den kleineren Zellenanhäufungen oder an beliebigen Stellen, wo der Tumor eine diffuse Struktur hat, kleine feine Fibrillen beobachten kann, welche von den Bindegewebsseptis und von der Adventitia der Gefäße ausgehend, zwischen die Zellen empordringen und entweder jedes einzelne Element oder kleine Gruppen von 2—3—4 Gruppen umschreiben. Im allgemeinen entstehen die Großzellentumoren durch eine atypische Wucherung des embryonalen oder erwachsenen Samenepithels und sind infolgedessen als Epitheliome zu betrachten, obwohl sie einige besondere morphologische Charakteristika aufweisen, welche wir bei den Epitheliomen anderer Organe nicht zu finden pflegen und welche vielleicht mit der mesodermalen Abspannung der Epithelien zusammenhängen, von welchen sie herstammen. Die Großzellentumoren können Misch- oder embryoide Tumoren vorstellen, die sich einseitig entwickelt haben, bei denen ein Mesodermaderivat die Überhand vor den übrigen Bestandteilen genommen hat.

Die Sarkome des Hodens gehören zu den seltenen Geschwülsten, welche sich besonders durch eine größere Malignität charakterisieren und sich durch eine raschere Entwicklung äußern. Zu den schwersten und gefährlichsten Tumoren gehört das Adenokarzinom, dessen Entwicklung von den Epithelien der Ausführungsgänge des Hodens ausgeht.

Digitized by Google

Heft 11.

Zystoskopische Irrtümer, von Franz Weiß-Budapest. Der Verfasser macht auf verschiedene Irrtümer aufmerksam, die in der Deutung des Gesehenen auftreten, z. B. bei den Blutungen, oder bei der Diagnose einer Cystitis chronica und Neubildung, die gemeinsame gleiche Symptome aufweisen; auch Blutkoagula können einen Irrtum zulassen, Steinbildungen und so weitere Erkrankungen.

Über einen Fall von Nierendystopie, von A. G. Lukina-St. Petersburg. Die dystopische Niere ist, indem sie sich an einer für sie ungewöhnlichen Stelle befindet, eine die regelmäßige Funktion der benachbarten Organe mechanisch oder reflektorisch störende Geschwulst. Symptome: Obstipation, Tenesmus, abnorm frequentes Urinieren. Die dystopische Niere muß als ein unentwickeltes, unvollkommenes und an fremder Stelle liegendes Organ den verschiedensten Insulten und Infektionen häufig ausgesetzt sein. Hieraus ergeben sich Pyonephrosen, Nephritiden, gesteigerte Schmerzempfindlichkeit des Organs. Bei Feststellung einer Geschwulst in der Gegend des Promontoriums muß man an die Eventualität einer dystopischen Niere denken. Bei der Diagnose ist das sicherste und zuverlässigste Hilfsmittel die Katheterisation plus Röntgenoskopie der mit Mandrins katheterisierten Ureteren. Bei Auftreten von Störungen muß die Niere entfernt werden.

Heft 12.

(Berliner urologische Gesellschaft.)

Eine neue Lampenmodifikation am Operationszystoskop und ihre Verwendung, von H. Lohnstein-Berlin. Um ein besseres Übersichtsfeld zu haben und besonders der leichteren Handhabung bei Operationen hat Lohnstein die Lampe zwischen dem optischen Apparat und dem Schlingenträger angebracht. Sie ähnelt einer Stiellampe und ist auf einer Schiene frei beweglich zwischen Optik und Schlingenträger.

Zur Frage der perinealen Prostatektomie, von Hans L. Posner-Heidelberg. Der Verfasser macht auf eine neue, von Wilms inaugurierte Behandlungsmethode aufmerksam, die die gleichen Vorteile der suprapubischen Operation bietet. Es dürfte sich vielleicht mit der Zeit ein eigenes Indikationsgebiet für jede der beiden Operationsarten herausbilden.

Eine Modifikation des Goldschmidtschen Urethroskops, von S. Jacoby-Berlin. Um den Endteil der Urethra dem Auge zugänglich zu machen, hat Jacoby an der Stelle, wo sich beim Goldschmidtschen Tubus die hintere Beleuchtung befindet, einen Spiegel in hypotenutischer Anordnung anbringen lassen, der sich der hinteren Fläche des Colliculus seminalis und der Fossula prostatica gegenüberstellen läßt (Verfertiger Louis und H. Loewenstein-Berlin).

Die Behandlung gutartiger Papillome der Harnblase mit dem durch ein Ureterenzystoskop eingeführten Oudin-Hochfrequenzstrom, von Edwin Beer-New York.

Apparate: Hochfrequenzmaschine mit Oudin-Resonator. Ureterenzystoskop und eine gut isolierte Kupferelektrode.

Die Anwendung geschah direkt auf die Geschwulst, indem die Elektrode ein kurzes Stück in die Zotten hineingeschoben wurde, darauf wurde der Strom auf verschiedene Stellen 15—30 Sekunden lang geleitet, ev. bis 5 Minuten. Die Behandlung wird fortgesetzt, bis die ganze Geschwulst nekrotisch erscheint.

Die unmittelbar sichtbaren Wirkungen sind sehr überraschend. Wenn die Elektrode zwischen den Zotten richtig liegt, kann man keinen Funken sehen. Der Tumor wird nekrotisch und ausgestoßen. Die Operation ist ohne Gefahr, da man ja unter

Digitized by Google

Führung des Auges arbeitet. Besonders kann man schwere Verbrennungen oder gar Perforation der Blasenwand vermeiden.

1913, Bd. 7, Heft 1.

Pseudotrichiasis der Blase und Pilimiktion, von Julius Heller, Charlottenburg-Berlin. Der Verfasser berichtet über einen interessanten Fall von Pseudotrichiasis der Blase und Pilimiktion. In den durch Lithotripsie evakuierten Steinmassen beobachtete er 1—3 cm lange, dunkel und hell pigmentierte Haare. Zystoskopisch sah man auf einer Unterlage von weißen Konkrementbröckeln ein großes Konvolut brauner Haare aus einer Stelle der Blasenwand herausragen. Die Deutung des Bildes kann nur in dem Durchbruch einer Dermoidzyste, die hinter der Blase lag, durch die Blasenwand gefunden werden. Es tritt infolge entzündlicher Prozesse eine Adhäsion zwischen Dermoidwand und Blasenwand ein, wobei dann durch fettige Degeneration der Zystenwand der Durchbruch erfolgt. Therapie chirurgisch.

Über angeborene Stenosen der Pars posterior der Harnröhre, von E. Heinecke-Braunschweig. Der Verfasser reiht den von Tolmat und anderen Autoren beschriebenen Fällen von angeborener Stenose einen gleichen an. Es handelt sich um halbmondförmige Falten, die vom vorderen Ende des Colliculus seminalis ausgingen und von dort beiderseits gegen die Seitenwände der Harnröhre ausstrahlen. Es handelt sich um einen fünfjährigen Knaben, der seit der Geburt Beschwerden beim Urinieren gehabt hat. Der Patient kommt zum Exitus. Die Sektion bestätigt die Diagnose einer kongenitalen Stenose der Urethra am Übergang der Pars prostatica in die Pars membranacea (halbmondförmige Falten). Balkenblase, Zystitis, Pyelonephritis mit Dilatation der Ureteren und des Nierenbeckens.

Ein primäres Urethralkarzinom der Fossa navicularis, von Benno Ottow-Dorpat. Mann, 69 Jahre alt, bemerkte eine strangförmige Verhärtung am peripheren Teile der Urethra im Gebiete des Frenulum, gleichzeitig Miktionsbeschwerden. Therapie: Amputatio penis. Die Fossa navicularis ist durch eine Geschwulstmasse ausgefüllt. Die mikroskopische Untersuchung ergibt ein primäres Plattenepithelkarzinom in der Fossa navicularis.

Aufbewahrung und Sterilisation halbweicher Instrumente, von Felix Hagen-Berlin. Ein luftdicht schließender Eisenwandschrank von mittlerer Größe, mit Seitenwand und Türeinsatz aus Kristallglas, enthält eine in Schienen gleitende Nickelinplatte. Diese Platte ist in acht parallelen Reifen genau nach dem Maß der Charière-Skala von 1—30 durchlöchert, so daß auf der ganzen Platte zirka 280 weiche Katheter und Sonden Platz finden. An den Seitenwänden finden sich außerdem noch Behälter zum Aufhängen der Urethroskoptuben und verschiedener Zystoskope. Auf dem Boden des Schrankes eine Glasschale mit Trioxymethylentabletten oder -Pulver und eine andere mit Chlorkalziumtabletten. W. Chrzelitzer-Posen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Die Methoden der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Syphilis, von G. L. Dreyfus-Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 47.) Verf. gibt auf Grund seiner bei mehr als 900 Lumbalpunktionen gesammelten Erfahrungen eine eingehende Schilderung von technischen Einzelheiten, welche sehr vielen Lesern

Digitized by Google

äußerst wertvoll sein werden. Begreiflicherweise muß von einer Wiedergabe der Arbeit im Referate abgesehen werden. Philippi-Bad Salzschlirf.

Wird das zu therapeutischen Zwecken in den Organismus eingeführte Hg in die Zerebrospinalflüssigkeit abgeschieden? Von W. Lazarew. (Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk., Bd. 45, H. 3.) Die Frage ist praktisch interessant, um zu wissen, wie weit man auf eine Zirkulation des Hg in der Zerebrospinalflüssigkeit und folglich dank dem zwischen den perivaskulären (und parazellulären) Räumen und dem Subarachnoidealraume bestehenden Zusammenhange auf eine unmittelbare Einwirkung des Hg auf das Nervengewebe rechnen kann. Wenn das Hg in die Zerebrospinalflüssigkeit abgeschieden wird, so wäre zwecks möglichst intensiver therapeutischer Einwirkung (z. B. bei Syphilis des Zentralnervensystems) das am schnellsten und in größter Menge in die Zerebrospinalflüssigkeit übergehende Hg-Präparat aus praktischen Gründen ausfindig zu machen. Theoretisch würde die Frage von der Abscheidung des Hg eine gewisse Bedeutung haben für die Entscheidung der Frage nach der Natur der Zerebrospinalflüssigkeit selbst, da die Ansichten, ob dieselbe ein Transsudat, das Sekret der Epithelien des Plexus arachnoideus oder eine Lymphe des Gehirns sui generis ist, zurzeit noch geteilt sind.

Zur Entscheidung über diese Frage hat der Verfasser sehr eingehende, subtil ausgeführte — aber auch recht komplizierte — Versuchsreihen angestellt, deren Resultat er in folgendem mitteilt: Das, gleichviel in welcher Form eingeführte Hg geht nicht in die Zerebrospinalflüssigkeit über, und die klinisch feststehende Besserung der Syphilis des Zentralnervensystems kann nur auf Hg-Wirkung durch das Blut bezogen werden; in welcher Form das Hg im Blute zirkuliert, und wie seine Einwirkung auf die syphilitischen Produkte zustande kommt, ist zurzeit noch nicht aufgeklärt. Auch die Lösung der Frage, ob alle Hg-Verbindungen im Organismus in Hg-Albuminate umgewandelt werden, oder ob nach neuerer Auffassung das im Organismus wirksame Prinzip nicht die Albuminate, sondern die freien Jonen des Hg sind, harrt noch ihrer Erledigung.

Lasch-Breslau.

Über die Frage der Syphilisbehandlung in der Privatpraxis nach dem heutigen Standpunkte, von L. Austerweil-Arad. (Bör-és bujakórtan, Beiblatt der Budapesti Orv. Ujsag. 1912, Nr. 3.) Nichts Neues. Porosz-Budapest.

Zur Technik der Anwendung hochkonzentrierter Quecksilbermischungen in der Syphilisbehandlung, von K. Zieler. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 47.) Die Lues wird am wirksamsten bekämpft mit Kombination von Salvarsan und hochkonzentrierter Quecksilbermischung. Der Verfasser wendet das 40%ige graue Öl, das 40%ige Kalomelöl und 40%ige Salizylquecksilberöl an. Sollen diese Präparate gut vertragen werden, so verlangen sie besondere Vorsicht. Infolgedessen sind bei Anwendung dieser Präparate folgende Punkte zu berücksichtigen: Zuverlässiges und einwandfreies Präparat, eine genauestens graduierte Spritze, sorgfältige Dosierung, möglichst tiefe Einspritzung intramuskulär in die Glutäalgegend, nicht in die Subkutis wegen der Entstehung von Infiltraten. Weiter soll man die Injektion in ein Blutgefäß vermeiden, ebenso das Austreten des Quecksilbers in den Stichkanal, nicht mehrmals an ein und derselben Stelle injizieren, keine Verkürzungen der Pausen zwischen den Einspritzungen, keine Steigerung der Dosen gegen Ende der Kur. Kontraindiziert ist die Anwendung hochprozentiger Quecksilberpräparate bei Erkrankungen innerer Organe, bei chronischen Intoxikationen (Alkohol, Blei, Tabak), bei alten Leuten, Kachektischen, Gichtikern, Arteriosklerotikern, Tuberkulösen und bei Schwangeren mit Nierenstörungen. 40%iges Salizylquecksilberöl verlangt, da es sehr schnell ausgeschieden wird, keine so sorgfältige Beobachtung der vorher erwähnten Kontraindikationen. Fischer-Dresden.

Digitized by Google

Die farblose Schmierkur, von A. Schwenk-Berlin. (Ztschr. f. ärztl. Fortb., 1912, Nr. 22.) Um eine wirklich „farblose" Schmierkur erreichen zu können, was auch die im Handel befindlichen, zum Teil recht guten Hg-Seifencreme nicht erzielten, hat Verfasser aus Kokosöl eine Hg-Kaliseife herstellen lassen, die bei gleich guter Wirkung, wie die offizinellen Präparate, farblose Schmierkuren gestattet. Das als Hygralon von Dr. Ludwig Oestreicher-Berlin in den Handel gebrachte Präparat ist auch $33^1/_3$ %ig und soll sich durch besonders leichte Verteilbarkeit auf der Haut auszeichnen, Haut und Wäsche werden nicht gefärbt. H. Lautsch-Graudenz.

Über den Wert von Quecksilbereinreibungen und von Hektine bei der Behandlung der syphilitischen Hepatomegalie, von N. Martin. (Thèse de Bordeaux, 1912.) Fritz Loeb-München.

Hektine und Hektargyre in der Luestherapie, von Fr. Mazzini-Bologna. (Gaz. internaz. Med. e Chir., 1911, Nr. 131.) Verfasser behandelte 20 Fälle, zum Teil mit Hektine, zum Teil mit Hektargyre und war mit den erzielten Resultaten sowohl in bezug auf die Syphiliserscheinungen wie auf das Allgemeinbefinden, das Körpergewicht usw. sehr zufrieden. K. Rühl-Turin.

Über Mergal als Antiluetikum und seinen Einfluß auf die Wassermannsche Reaktion, von G. Gavini-Bologna. (Gaz. internaz. di Med., Chir., etc., 1911, Nr. 39.) 15 in der Klinik Majocchis gemachte Beobachtungen. Das Mittel wurde gut vertragen und wirkte stets verhältnismäßig rasch. Es beeinflußte auch die Wassermannsche Reaktion. K. Rühl-Turin.

Die Nachbehandlung der Syphilis, von Omar F. Elder-Atlanta. (Med. Record, 7. Dez. 1912.) Verfasser hält die Luetinprobe von Noguchi für außerordentlich zuverlässig und genau, und hat oft bei Patienten mit negativer Wassermann eine positive Luetinprobe erhalten, bei denen später wieder syphilitische Symptome beobachtet wurden oder der Wassermann wieder positiv wurde nach einer provokatorischen Salvarsaninjektion; diese letztere sollte nie versäumt werden, auch wenn der Wassermann bei öfterer Wiederholung negativ ist, und der Patient seit langer Zeit sich vollkommen wohl fühlt. Verfasser stellt den Satz auf, daß kein Patient den Heiratskonsens erhalten sollte, bei dem nicht die negative Wassermannsche Reaktion durch die provokatorische Injektion kontrolliert, und bei dem nicht die Luetinprobe vorgenommen worden ist. Erst wenn der Patient 6 oder 12 Monate nach anscheinend genügender Behandlung alle diese Proben negativ zeigt, darf man von Heilung sprechen. W. Lebmann-Stettin.

Über die Kombination von Salvarsan und Quecksilber in der Frühbehandlung der Syphilis, von Sophie Ettinger. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Wirkung des Salvarsans auf die Treponemen und syphilitischen Läsionen, von C. Levaditi und C. Twort. (Compt. rend. soc. de Biologie, 1912, Bd. 69, S. 633.) Experimentelle Studien am Kaninchen zeigten, daß die in Primäraffekten enthaltenen Spirochäten bereits 11 Stunden nach einer intravenösen Injektion von Salvarsan ihre Virulenz einbüßen, trotzdem die Spirochäten zu dieser Zeit und selbst noch 24—48 Stunden nach der Injektion beweglich sein können. Bereits 7 Stunden nach der Injektion sind die Spirochäten in ihrer Vitalität allerdings so geschädigt, daß sie ein zu Kulturzwecken in erstarrtes Pferdeserum eingebrachtes Gewebsstückchen nicht mehr verlassen können. Mit dieser Schädigung der Vitalität hält allerdings die Resorption der abgetöteten Spirochäten keineswegs gleichen Schritt. Man findet vielmehr bei Levaditifärbung in den Gewebsstückchen noch reichlich wohlerhaltene Spirochäten, trotzdem die Spirochäten weder im Dunkelfeld noch durch Züchtung mehr nachweisbar sind. In dieser langsamen Resorption glaubt Verfasser auch den Grund für die mangelnde Antikörperbildung bei

Digitized by Google

Syphilis erblicken zu müssen. Die Zerstörung der Spirochäten vollzieht sich außerhalb der Zellelemente. Erst an der Wegräumung der Trümmer beteiligen sich die Phagozyten, namentlich die Makrophagen. Die Ausheilung der syphilitischen Affektionen vollzieht sich unter Ausbildung einer bindegewebigen Narbe, die von einer äußerlich normal scheinenden Hautdecke überkleidet ist. Graetz-Hamburg.

Rektale Anwendung von Salvarsan, von Weil, Morel und Mouriquaud. (Bull. méd., 1912, Nr. 87.) Bei rektaler Applikation wird das Salvarsan hinreichend absorbiert und beeinflußt die syphilitischen Erscheinungen sehr günstig ohne lokale oder allgemeine Nebenwirkungen zu haben. Deshalb soll diese Methode außer in dringenden Fällen, die Methode der Wahl sein. Richard Frühwald-Leipzig.

Experimentelle Untersuchungen über die pharmakologische Wirkung des Salvarsans, von Luigi Ferrannini. (Riforma med., 1912, Nr. 47 u. 48.) Wirkung auf den Muskel: Die Muskelerregbarkeit und die Kontraktionsfähigkeit wird herabgesetzt; doch ist diese Wirkung deutlicher, wenn das Salvarsan subkutan gegeben wird oder auf den Nerven appliziert wird, als direkt auf den Muskel. Dies läßt darauf schließen, daß die Nervenfunktion mehr als die Muskelfunktion herabgesetzt ist. Tatsächlich hat man bei subkutaner oder direkter Applikation des Salvarsans auf den Nerven weniger energische Kontraktionen bei neuromuskularer Reizung, hingegen eine Vermehrung der Kontraktion bei idiomuskularer Reizung.

Wirkung auf den Zirkulationsapparat: Auf das isolierte Säugetierherz übt das Salvarsan in hoher Dosis (0,60‰) eine rasche, intensiv paralysierende Wirkung aus, welche man nicht durch nachträgliches Zirkulierenlassen von Ringer-Lockescher Flüssigkeit noch durch mechanische Herzreize aufheben kann. Aber in mäßiger Dosis (bis zu 0,10‰) verstärkt das Salvarsan die Energie der Herzkontraktionen, während ihre Frequenz eher sinkt. Er wirkt auf den motorischen Ganglienapparat und auf die Muskelfasern des Herzens anregend.

Arterieller Druck: Auch aus den Untersuchungen über die Wirkung des Salvarsans auf den arteriellen Blutdruck geht hervor, daß die therapeutischen Dosen eine stimulierende Einwirkung auf den Zirkulationsapparat ausüben. Hingegen üben die therapeutischen Dosen keinen Einfluß auf den Respirationsapparat aus.

Wirkung auf das Nervensystem: Bei Injektion des Medikaments in die Zerebrospinalflüssigkeit treten schon bei ganz geringen Dosen sehr schwere Erscheinungen, ja der Tod ein. Was das periphere Nervensystem anbelangt, so wurde schon bei der Wirkung auf den Muskel erwähnt, daß das Salvarsan leichter den Nerven als den Muskel lädiert.

Wirkung auf die Niere. Das Salvarsan modifiziert die quantitative Ausscheidung des Urins nicht, höchstens in ganz hoher Dosis schränkt es dieselbe etwas ein. Auch konnte niemals anatomische Veränderung in den Nieren festgestellt werden.

A. Gunsett-Straßburg.

Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Camille Moreau. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 43.) Das Fieber nach Salvarsaninjektionen ist bedingt durch den Zerfall von Spirochäten. Die alkalischen, intravenösen Injektionen werden besser vertragen als die sauren. Destilliertes Wasser kann ohne Gefahr zur Injektion verwendet werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Über Salvarsan, von Favento-Triest. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 42.) Auf der unter Leitung von Nicolich stehenden Abteilung hat F. im Laufe von 2 Jahren ungefähr 2000 Kranke mit Salvarsan behandelt und konstatiert, daß in keinem einzigen Fall sich das Mittel unwirksam erwies, vielmehr auch dort Heilerfolge erzielte, wo andere

Digitized by Google

therapeutische Mittel versagt hatten. Besonders wertvoll erschien es ihm bei der Leukoplakie des Mundes. Er hat einen Todesfall erlebt. Es handelte sich dabei um luetische Hirnhautentzündung und ausgedehnte gummöse Entartung der Leber. Nach seinen jetzigen Erfahrungen würde allerdings die Therapie eine wesentlich andere sein. Der Fall ist übrigens bereits publiziert. Mit Salvarsan hat F. bei 60 Injektionen auch günstige Resultate erzielt. Ein mit kleinen Dosen Altsalvarsan befriedigender Fall von ungemein schwerer hereditärer Syphilis bei einem 6jährigen Knaben wird besonders hervorgehoben. Philippi-Bad Salzschlirf.

Studie über lokale Behandlung mit Salvarsan, von Dorothée Lebenthal. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Salvarsan in der Praxis, von H. G. Klotz. (New York. med. Monatsschr., Bd. 33, Nr. 1.) Zusammenfassender Vortrag. Haas-Hamburg.

Salvarsan in der sozialen Luesprophylaxe, von René Roland. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Lucien C. J. M. Estrade. (Thèse de Bordeaux, 1911.) Fritz Loeb-München.

Salvarsan in der Klinik Tarnier, von Lemeland u. Brisson. (Bull. méd., 1912, Nr. 87.) Salvarsan ist bei graviden Frauen mit gutem Erfolge angewendet werden; es wirkte sowohl auf deren syphilitische Manifestationen, wie auf die Syphilis des Kindes. In den der Injektion folgenden Tagen wurden die kindlichen Herztöne dumpfer und unregelmäßig. Bei Neugeborenen wurde nur mit der direkten Methode Erfolge erzielt. Doch ist sie nicht ungefährlich und soll nicht bei ausgebreiteten floriden Erscheinungen und nur bei geringer Dosierung zur Anwendung kommen.
Richard Frühwald-Leipzig.

Über einige Resultate der Behandlung der Syphilis mit intravenösen Injektionen von Salvarsan, von Auguste Dubois. (Thèse de Toulouse, 1911.)
Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis des Salvarsans; 17 monatliche praktische Erfahrungen und Beobachtungen an 900 Fällen, von Louis Guénot. (Thèse de Paris, 1912.)
Fritz Loeb-München.

Salvarsan bei tertiär-syphilitischen Erscheinungen, von Georges Faure. (Thèse de Montpellier, 1912.) Fritz Loeb-München.

Nierensyphilis und Salvarsan, von Théodore Marlot. (Thèse de Lille, 1912.)
Fritz Loeb-München.

Salvarsan bei Tabes und allgemeiner Paralyse, von Pierre H. J. Pepy. (Thèse de Lille, 1912.) Fritz Loeb-München.

Salvarsan bei Neugeborenen, von Chambrelent-Bordeaux. (Bull. méd., 1912. Nr. 87.) Salvarsan leistet bei erbsyphilitischen Säuglingen gute Dienste, doch sollen deshalb die alten Methoden nicht verlassen werden. Der Verfasser bevorzugt die intramuskuläre und subkutane Verabreichung, daneben kann eventuell noch die indirekte Behandlung durch Injektion der Säugenden in Anwendung kommen. Die Dosis ist 0.01 bis 0,015 pro kg Körpergewicht. Richard Frühwald-Leipzig.

Salvarsan in der Geburtshilfe, von Fabre u. Bourret. (Bull. méd., 1912, Nr. 87.) Salvarsan soll bei Schwangeren und Säuglingen nur zur Anwendung kommen, wenn floride Erscheinungen bestehen. Für die prophylaktische Behandlung kommt Quecksilber in Betracht. Richard Frühwald-Leipzig.

Das Salvarsan bei der schwangeren Frau und bei Säuglingen zur Behandlung der hereditären Syphilis, von Louis Scoffier. (Thèse de Paris, 1912.)
Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Salvarsan bei syphilitischen Schwangeren, von C. Sauvage-Paris. (Bull. méd., 1912, Nr. 87.) Salvarsan, während der Schwangerschaft verabreicht, kann das Leben des Kindes gefährden, doch ist das Risiko, welches dieses läuft, geringer als die Vorteile, die ihm dadurch gebracht werden. Denn durch Salvarsan wird in vielen Fällen ein normaler Verlauf der Schwangerschaft und die Geburt eines oft völlig syphilisfreien Kindes gesichert. Neben den gewöhnlichen Kontraindikationen ist auch auf etwaige krankhafte Zustände von Leber und Nieren Rücksicht zu nehmen. Richard Frühwald-Leipzig.

Einige Bemerkungen zur Frage nach den Ursachen der Neurorezidive nach Salvarsaninjektionen, von C. Cronquist-Malmö. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 45.) Verfasser weist darauf hin, daß bei der Verabreichung der Salvarsaninjektionen offenbar vielfach nicht genug Bedacht genommen wird, die Möglichkeit einer Oxydation des Präparates auszuschalten. Manche Verfasser haben die Lösung für ein Dutzend Patienten zugleich hergestellt, was doch für den zuletzt injizierten in der Reihe eine Wartezeit von mindestens einer Stunde bedeutet. Ferner kann durch ein allzu intensives Schütteln der Mischung auch eine Vermengung mit Luft herbeigeführt werden. Verfasser hat unter 80 Patienten auch ein Neurorezidiv, einen Fall von Trochlearislähmung mäßigen Grades erlebt, und er glaubt, daß hierbei in der Tat ein Oxydationsvorgang mit gewirkt haben könnte. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Rezidive nach der Anwendung des Salvarsans in der sekundären Periode, von Jacques Drevon. (Thèse de Montpellier, 1912.) Fritz Loeb-München.

Salvarsan und Rezidive, von Ch. Malet. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Die Rezidive nach Salvarsan, von Gaucher. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 46.) Der Verfasser teilt eine Reihe von Krankengeschichten mit von Fällen, welche nach Salvarsan rezidivierten und faßt noch einmal seine Ansicht über das Mittel folgendermaßen zusammen: Das Salvarsan wirkt nur auf die Haut- und Schleimhautulzerationen. Die Läsionen vernarben und heilen, rezidivieren aber. Auf viszerale Lues, besonders auf Tabes, hat es keinen Einfluß. Man kann das Mittel bei Leuten anwenden, bei welchen das Quecksilber erfolglos war, wenn dieselben keine viszerale Läsion und eine gesunde Leber, gesundes Herz, Nervensystem, Auge und Ohr haben. Selbst in kleinen Dosen kann das Salvarsan gefährlich, ja tödlich wirken. A. Gunsett-Straßburg.

Über die nervösen Komplikationen im Verlaufe der Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von R. F. G. Astié. (Thèse de Bordeaux, 1912.) Fritz Loeb-München.

Hörstörungen bei Syphilitikern nach Salvarsan, von Desneux. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 43.) In den drei Fällen, über die der Verfasser berichtet, sind schwere Hörstörungen nach Salvarsan aufgetreten; in einem Falle ist die Taubheit definitiv. Bei allen dreien handelt es sich um eine ganz frische Syphilis, die Hörstörungen traten 7—11 Wochen nach der Behandlung auf, die zu wenig intensiv für sekundäre Syphilis war. Es entstanden deutliche meningeale Symptome, die auch durch den Liquorbefund bestätigt wurden. Die neuerliche Verabfolgung von Salvarsan brachte großen Nutzen oder wirkte wenigstens nicht schädlich. (In einem Falle aber waren die Veränderungen schon definitiv.) In zwei Fällen trat auch eine Fazialisparese ein. Es ergibt sich daraus, daß die Nervenerscheinungen nach Salvarsan, die syphilitischer Natur sind, besonders häufig im floriden Stadium der Lues auftreten und häufiger sind als nach Quecksilber. Deshalb soll eine Salvarsanbehandlung bei floriden Syphilitikern nur dann eingeleitet werden, wenn sie energisch weiter verfolgt werden kann. Sie ist

Digitized by Google

also bei Privatpatienten eher einzuleiten als bei Spitalkranken. In einem Falle konnte die kombinierte Behandlung die Nervenstörung nicht verhüten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die lokale Anwendung des Neosalvarsans im Auge, von L. Rosenmeyer-Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 45.) Bei einem 9jährigen Knaben, dessen luetische Keratitis parenchymatosa durch Hg-Behandlung nicht am Fortschreiten gehindert werden konnte, applizierte R. Neosalvarsan teils in Substanz, teils in Form einer frisch bereiteten 2 %igen Lösung in die Augen. Der Erfolg war durchaus befriedigend. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Neosalvarsan, von A. Stühmer-Magdeburg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 45.) Die schon in einiger Häufigkeit aufgetretenen Schädigungen bei Verwendung von Neosalvarsan haben Verfasser veranlaßt, zunächst bei Kaninchen weitere Versuche zur Feststellung der Dosis tolerata auszuführen, wobei er seine frühere Bestimmung derselben zu 0,2 pro Kilogramm Tier wieder bestätigt fand. Als Ursache des beim Menschen nach Neosalvarsan relativ häufig beobachteten Exanthems und auch der weiteren und ernsteren Schädigungen hat Schreiber die Wirkung eines noch näher zu bestimmenden Eiweißkörpers hervorgehoben, und dieser Auffassung pflichtet Verfasser auf Grund seiner eigenen Beobachtungen entschieden bei. Er konstatiert, daß der menschliche Körper gegenüber seinen eigenen gelösten Blutkörperchen anaphylaktische Erscheinungen darbieten kann; und die Injektion einer Neosalvarsanlösung in der gewöhnlich angewandten hypotonischen Lösung dürfte sehr wohl imstande sein, zerstörend auf die roten Blutkörperchen einzuwirken. Verfasser hat selber einen Patienten unter Neosalvarsanbehandlung verloren; derselbe stürzte nach achttägigem, scheinbar völlig ungestörtem Wohlbefinden plötzlich zusammen und verschied unter den Erscheinungen der Atemnot binnen zwölf Stunden. Die Ergebnisse der Autopsie bei zwei dem Verfasser zur Verfügung stehenden Fällen sind aber als negative zu bezeichnen. Bei Kaninchen dagegen wurden Veränderungen in der Leber, den Nieren und der Herzmuskulatur als Neosalvarsanwirkung konstatiert. Für die Praxis entnahm Verfasser aus seinen hier nur in Umrissen geschilderten Beobachtungen die Indikation, die intravenösen Injektionen nur unter Zugabe eines angemessenen Quantums Kochsalz zu verabreichen, die Dosis auf höchstens 0,45–0,6 zu bemessen und zwischen den Injektionen ein Intervall von mindestens zehn Tagen zu belassen. Andererseits hat er mit der intramuskulären Injektion von 0,15—0,45 sehr befriedigende Erfahrungen gehabt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die bisherigen Erfahrungen mit Ehrlichs Neosalvarsan, von E. Spitzer. (Centralbl. f. d. ges. Ther., Bd. 30, Heft 11.) Verfasser zieht aus den nun vorliegenden halbjährigen Erfahrungen über den Gebrauch des Neosalvarsans den Schluß, daß das Neosalvarsan, bei vorsichtiger Anwendung infolge seiner leichten Zersetzlichkeit, bei kleiner Dosierung in Intervallen von einer Woche, eventuell eingeleitet von einer Quecksilberkur keine größeren, eher geringere Nebenerscheinungen und von kürzerer Dauer als beim Salvarsan zur Folge hat. Von Vorteil ist die leichte Löslichkeit und das Wegfallen der Natronlauge bei der Zubereitung der Lösung. Einen Schluß auf die Wirksamkeit zu ziehen, hält Verfasser für noch zu verfrüht bei der kurzen Anwendungszeit. Haas-Hamburg.

Erfahrungen über Neosalvarsan, von Wilhelm Kerl. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 45.) Referierender Bericht über die bisher veröffentlichten Arbeiten über Neosalvarsan und Mitteilung der Erfahrungen, die an der Riehlschen Klinik innerhalb sechs Monaten gewonnen wurden: „Das Neosalvarsan ist infolge seiner leichten Lösbarkeit bei Zimmertemperatur für die praktische Verwendung geeigneter. Die

Digitized by Google

Resultate der verschiedenen Verfasser sind miteinander besser vergleichbar, da der variable Faktor, der durch die verschiedene Beschaffenheit der Lauge gegeben war, wegfällt.

Die Nebenerscheinungen sind bei Berücksichtigung der größeren Dosen geringer.

An Wirkungskraft ist es dem Altsalvarsan fast gleich.

Bei Abortivkuren sind mit Neosalvarsan und Quecksilber bessere Resultate zu erzielen als mit der Quecksilberbehandlung allein.

Bei allgemeiner Lues ist dem Neosalvarsan, in kleinen Dosen injiziert, der Wert eines kräftigen Heilmittels beizumessen.

Durch die rasche Überhäutung luetischer Erscheinungen wird die Ansteckungsgefahr verringert und es ist die Behandlung oft aus sozialen Gründen von großem Vorteil.

Die Pausen zwischen den einzelnen Injektionen sind nicht zu gering zu stellen.

Als Kontraindikation sind dieselben Zustände anzuführen, die auch eine Anwendung von Altsalvarsan gefährlich erscheinen lassen, doch kann die Zahl der Kontraindikationen durch vorsichtige Dosierung eingeengt werden. Besondere Vorsicht hat bei Patienten mit labiler Psyche stattzuhaben." W. Lehmann-Stettin.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Reisebericht über einen Besuch verschiedener Atolle der Marshallinseln, von Braunert-Jaluit (Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene, 1913, Bd. 17, H. 1). Verfasser suchte sich über drei Punkte Aufschluß zu verschaffen: 1. Wie weit und wo ist die Syphilis am meisten verbreitet? 2. Ist die Fortpflanzung der Bevölkerung eine genügende? 3. Wie groß ist die Säuglingssterblichkeit? Er fand von den untersuchten Männern 10%, bei den Frauen 13,5% syphilitisch. Er glaubt aber, daß die Verseuchung eine viel größere ist. Was die Fortpflanzung anlangt, ist es um die Erhaltung des Volkes sehr traurig bestellt. Es kommt aber dazu, daß außer Syphilis und Blennorrhöe das sehr späte Heiraten daran die Schuld trägt. Die Säuglingssterblichkeit beziffert sich auf 23,74%. Chrzelitzer-Posen.

Verschiedenes.

Dr. Albrecht Burchard hat sich in Rostock als Privatdozent für Röntgenologie habilitiert.

Prof. Arnozan in Bordeaux wurde zum korrespondierenden Mitgliede der Académie de médecine in Paris gewählt.

Der Direktor des pathologischen Institutes in Kiel Geh. Med.-Rat Prof. Arnold Heller, bekannt durch seine Forschungen über die Rolle der Syphilis bei Entstehung der Aortenaneurysmen, ist gestorben.

Prof. Erich Hoffmann-Bonn wurde von der dermatologischen Sektion der American Medical Association eingeladen, im Juni 1913 bei der Jahresversammlung in Minneapolis einen Vortrag zu halten.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

8. März 1913 | Nr. 10 | Band 56

Aus der medizinischen Universitätsklinik in Zürich. (Direktor: Prof. Herm. Eichhorst.)

Positiver Leprabazillenbefund in den Fäzes bei an leprösen Schleimhautveränderungen des Kehlkopfes leidenden Patienten.

Von

Dr. Louis Merian, Zürich.

In einer in der Unna-Festschrift veröffentlichten Arbeit weist Boeck[1]) bei zwei an tuberöser Lepra leidenden Patienten eine massenhafte Entleerung von Leprabazillen in den Fäzes der Patienten nach und zeigt uns, daß die in den Fäzes vorgefundenen Leprabazillen aus den zahlreichen ulzerierten Knoten der Mundschlundhöhle und des Kehlkopfes stammen mußten, da bei der Autopsie des einen der Patienten sich „weder lepröse noch tuberkulöse Affektionen des Darmtraktus vorfanden".

Die zweite Frage, welche Boeck sich stellt, ist die, ob die mit den Fäkalmassen nach außen entleerten Leprabazillen noch lebend und fortpflanzungsfähig sind. Zu diesem Zweck verwendet Boeck die von Unna angegebene Thymenviktoriablau-Safranin-Methode, welche eine Unterscheidung zwischen lebenden und abgestorbenen Bazillen zuläßt[2]).

Zur Entscheidung der praktisch wichtigen Frage, ob die nach außen entleerten Bazillen rasch zugrunde gehen oder noch längere Zeit weiterleben, machte Boeck folgende Versuche: Einige Fäkalstücke wurden in Wasser aufgeschwemmt und in einem zugedeckten Glase bei Zimmertemperatur stehen gelassen. Durch die Verdunstung des Wassers trockneten die Fäkalmassen allmählich ein. „Nachdem die Fäzes in diesem eingetrockneten Zustand ein halbes Jahr — Okt. 1909 bis April 1910 — gestanden hatten, wurden sie wieder in Wasser aufgelöst. Die Untersuchung der dünnflüssigen Masse ergab, daß die Anzahl der Bazillen nach somit einem halben Jahr nicht abgenommen hatte," sagt Boeck.

Diese Fäkalmassen wurden, wie Boeck in seiner zweiten diesbezüg-

[1]) Boeck, Über das Herstammen und das weitere Schicksal der mit dem Fäzes entleerten Leprabazillen. Derm. Stud., Bd. 20, H. 1, S. 436.

[2]) Unna, Histotechnik der leprösen Haut. S. 21. Leop. Voß, Hamburg u. Leipzig.

Digitized by Google

lichen Arbeit mitteilt[1]), noch $2^1/_2$ Jahre aufbewahrt. Die Untersuchung ergab, daß sich nach diesem Zeitraum ebensoviele gut gefärbte Bazillen vorfanden wie unmittelbar nach der Entleerung. Die Anwendung der Unnaschen Thymenviktoriablau-Safranin-Methode ergab ebenfalls ein Überwiegen der blauen, also der lebenden Bazillen.

Ich habe mir die Aufgabe gestellt, die beiden von Boeck gefundenen Tatsachen an den drei Fällen der Züricher medizinischen Klinik, welche mir in liebenswürdiger Weise vom Direktor der Klinik, Hrn. Prof. Eichhorst, zur Verfügung gestellt waren, nachzuprüfen, und möchte mir erlauben, demselben für das Entgegenkommen meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Patient Nr. 1. Ein kleiner Junge von 14 Jahren, welcher schon acht Jahre im Absonderungshaus lebt. Es handelt sich um einen sehr weit vorgeschrittenen Fall von tuberöser Lepra, welcher neben den Hauterscheinungen lepröse Veränderungen von seiten des Nervensystems aufweist. Patient stammt von gesunden Eltern und hat sich in Brasilien infiziert. Die Schleimhaut der Nase, des Mundes, Schlundes und Kehlkopfes weist in Zerfall begriffene Knoten auf. In dem aus der Nase sich entleerenden Eiter lassen sich Leprabazillen nachweisen.

Patient Nr. 2. Ein Mädchen von 20 Jahren, welches ebenfalls in Brasilien sich mit Lepra infiziert hat. Es handelt sich auch bei dieser Patientin um einen Fall, welcher der tuberösen Form der Lepra angehört und bei welchem Erscheinungen von seiten des Nervensystemes vorhanden sind. Die Schleimhaut der Nase, des Mundes und des Rachens wie auch des Kehlkopfes weisen zurzeit keine knotigen oder ulzerösen Veränderungen auf. Im Nasenschleim konnte ich keine Leprabazillen nachweisen.

Patient Nr. 3 hat 12 Jahre in Sumatra auf einer Farm als Aufseher gearbeitet. Seit acht Jahren lebt Patient in Europa. Die ersten Erscheinungen der Krankheit sollen sich vor sieben Jahren in Form kleiner Knötchen auf dem rechten Vorderarm gezeigt haben. Patient leidet an einer deutlich ausgesprochenen Lepra tuberosa und nervosa und weist über den ganzen Körper zerstreut liegende Leprome auf. Auf dem linken Unterschenkel befindet sich ein mit einer Kruste bedecktes Geschwür, welches einen gelblichen Eiter sezerniert, in welchem sich Leprabazillen nachweisen lassen. Vor der Aufnahme in das Kantonsspital wurde Patient wegen vermeintlicher luetischer Iridozyklitis mit sehr hohen Jodkalidosen behandelt. Die Wassermannsche Reaktion war positiv. Unter diesen starken Jodkalidosen entwickelten sich plötzlich die vorher bereits erwähnten Hauterscheinungen. Die Sensibilitätsprüfung ergibt auf beiden Unterschenkeln und den Fersen Hypästhesie. Patient spricht mit heiserer Stimme. Die Nasenschleimhaut ist leicht gerötet und sezerniert einen schleimigen, Leprabazillen enthaltenden Eiter. Die Laryngoskopie ergibt weißlich gelbliche Knötchen auf dem Kehldeckel und eine starke Schwellung und Rötung der falschen Stimmbänder.

Versuchsanordnung: Um mir über das Vorkommen von Leprabazillen in den Fäzes ein Bild zu machen, untersuchte ich die Stühle der drei Patienten so frisch als möglich, ließ dann den Stuhl zwei Tage lang stehen und untersuchte nochmals auf Leprabazillen. Von jedem Stuhl

[1]) Boeck, Noch einmal über das weitere Schicksal der mit den Fäzes entleerten Leprabazillen, ein Nachtrag. Derm. Ztschr. 1912, Bd. 55.

Digitized by Google

wurden fünfzig Ausstrichpräparate angefertigt, dreißig wurden nach Ziehl und zwanzig nach der von Unna angegebenen Thymenviktoriablau-Methode gefärbt. A priori sollte man bei Fall Nr. 1 die größte Zahl von Leprabazillen, gestützt auf die Untersuchungen von Boeck, erwarten, da wir es bei diesem Patienten mit einem sehr weit vorgeschrittenen Fall zu tun hatten. Diese Voraussetzung traf nicht zu, von den sechs untersuchten Stühlen gelang mir der Nachweis nur in einem. Die Ziehlsche Färbung ließ deutlich erkennbare, teils vereinzelt liegende, teils in Zigarrenbündelform angeordnete Leprabazillen und sogar Globiformen, allerdings sehr vereinzelt, erkennen.

Bei Patientin Nr. 2 konnte ich in keinem einzigen Ausstrichpräparat Leprabazillen nachweisen.

Bei Fall Nr. 3 fanden sich in den drei ersten Stühlen eine größere Menge von Leprabazillen als bei Patient 1 auf den Objektträgern auf welchen sich Leprabazillen in Stäbchen-, Zigarrenbündel- und Globiform nachweisen ließen.

Der Nachweis der Bazillen im Stuhle gestaltet sich viel einfacher und sicherer, wenn man sich des Antiforminverfahrens bedient. Ein etwa nußgroßes Stück Stuhl läßt man unter fleißigem Durchschütteln bei Zimmertemperatur in einer 10%igen Antiforminlösung (50 ccm) stehen. Nach 24 Stunden wird abzentrifugiert und aus dem Sediment Deckgläserausstriche angefertigt. Auch bei diesen Präparaten ließen sich auf zahlreicheren Objektträgern bei Fall 3 als bei Fall 1 Leprabazillen nachweisen. Ich bin der Meinung, dieses vermehrte Vorkommen von Leprabazillen bei Fall 3 der Jodkaliwirkung zuzuschreiben, welche, wie bekannt, die Fähigkeit hat, latente Formen von Lepra zum Aufflackern zu bringen. Diese Annahme erhält auch dadurch eine Stütze, daß mir der Bazillennachweis in den drei letzten Stühlen bei Fall 3 nicht mehr gelang, da die, durch die Jodkalidosen verstärkt hervorgerufenen Erscheinungen durch Aussetzen des Jods und besonders durch die Darreichung von Gynokardöl sich merklich zurückbildeten.

Die Anwendung der Thymenviktoriablau-Methode Unnas ließ bei Fall 1 ein Überwiegen der gelben, der abgestorbenen Bazillen erkennen, bei Fall 3 lagen die Verhältnisse gerade umgekehrt.

Zusammenfassend kann ich mich der von Boeck erwähnten Schlußfolgerung, „daß es hauptsächlich die mit Ulzerationen im Mund, Schlund und Kehlkopf einhergehenden Fälle sind, bei welchen sich Leprabazillen in den Fäzes nachweisen lassen", anschließen und noch hinzufügen, daß mir bei einem Patienten, bei welchem durch Jodmedikation ein akutes Auftreten von leprösen Hautveränderungen aufgetreten war, der Nachweis von Leprabazillen im Stuhle ebenfalls gelang.

Digitized by Google

Aus der Universitätsklinik für syphilitische und Hautkrankheiten zu Straßburg i. Els.
(Dir.: Prof. Dr. Wolff.)

Über die Wirkung des atoxylsauren Quecksilbers bei der menschlichen Syphilis.

Von

Dr. G. Hügel.

Bei seinen grundlegenden Arbeiten, betreffend die Arsentherapie der Syphilis, hat bekanntlich Uhlenhuth in dem Bestreben, die beiden Heilfaktoren gegen die Syphilis, das Hg und das Arsen, in einem Präparate zu vereinigen, das atoxylsaure Quecksilber konstruiert. Dasselbe enthält 32 % Quecksilber und 24,2 % Arsen [1]) und ist unlöslich.

Im Tierversuch hat sich das Präparat bei Rekurrensspirillen und bei der Syphilis der Kaninchen ausgezeichnet bewährt; mit einer oder einigen Einspritzungen gehen die syphilitischen Erscheinungen bei Kaninchen vollständig zurück (Uhlenhuth, Manteufel, Mulzer). Infolge der günstigen therapeutischen Erfolge bei der experimentellen Kaninchensyphilis entschloß sich Lesser, das neue Präparat an dem Materiale seiner Klinik in Anwendung zu bringen. Über die dabei erzielten Resultate berichtet er in der Sitzung vom 13. Juli 1909 der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Lesser hat das Präparat bei 22 Fällen von Lues in den verschiedensten Stadien der Erkrankung angewandt. Er ist dabei, wie es ja bei einem neuen Präparat unumgänglich nötig ist, sehr vorsichtig vorgegangen. Bei Männern verabreichte er als erste Dosis nur 0,05 in Ölemulsion, und zwar zweimal hintereinander, und dann 0,10, im ganzen 6 Injektionen, mit siebentägigen Intervallen, so daß die Patienten im ganzen 0,5 des Mittels bekamen. Bei den Frauen begann Lesser mit einer etwas kleineren Dosis, nämlich mit 0,03, bei der zweiten Injektion wurden 0,05 gegeben, dann 4 Injektionen zu 0,1, so daß die Patientinnen im ganzen 0,48 des Mittels bekamen. Die mit dieser Kur erzielten Erfolge, die von Mickley in der Dtsch. med. Wochenschr. vom 14. Okt. 1909 veröffentlicht worden sind, waren so gute, daß Lesser das atoxylsaure Quecksilber als ein sehr wirksames Präparat bezeichnen konnte, das vor anderen Hg-Präparaten den Vorteil hat, daß bereits eine verhältnismäßig geringe Menge genügt, um syphilitische Symptome zum Schwinden zu bringen. In derselben Sitzung der Berliner dermatologischen Gesellschaft konnte Blaschko ebenfalls über günstige Resultate mit dem atoxylsauren Quecksilber berichten. Er teilte mit, daß er eine Reihe von Fällen mit diesem neuen Präparate behandelt habe und nur bestätigen könne, daß das Mittel

[1]) Das Hg atoxyl. wird in den Vereinigten chemischen Werken in Charlottenburg hergestellt.

Digitized by Google

eine sehr gute Wirksamkeit entfaltet habe. Die Dosierung habe er vorgenommen wie Lesser. Er habe ebenfalls mit 0,05 angefangen und sei dann auf 0,10 übergegangen, habe seinen Patienten bis 10 Injektionen gegeben, ohne daß er irgend welche unangenehme Nebenwirkungen konstatiert hätte. Bald darauf berichteten Fabry und Boethke über recht gute Heilerfolge mit atoxylsaurem Quecksilber bei Syphilis; ebensolche Erfolge teilte noch Lambkin mit.

Diesen günstigen Resultaten Lessers und Mickleys, Blaschkos, Fabrys und Boethkes und Lambkins stehen nun weniger günstige gegenüber aus der Zielerschen Universitäts-Poliklinik zu Würzburg, die von Bergrath (Dtsch. med. Wochenschr., 15. Sept. 1910) publiziert worden sind. Bei 23 mit Hg atoxyl. behandelten Fällen konnte Bergrath zwar keine unangenehmen Nebenwirkungen schwererer Art konstatieren, der Heileffekt blieb aber hinter dem anderer Hg-Präparate zurück.

Nach diesen wenigen Versuchen mit dem neuen Präparate kommt noch ein Bericht von Lesser (Charité-Annalen, 1910), nach welchem bis zu diesem Zeitpunkte 127 Fälle von ihm mit Hg-atox. behandelt worden waren. Auch in diesem Berichte spricht sich Lesser sehr günstig über das Präparat aus. Von dieser Zeit ab hört man nichts mehr von einer Anwendung des Hg atoxyl. Es ist dies auch leicht zu erklären: Nach diesen ersten Versuchen mit dem neuen Mittel kommt nämlich die Zeit der ersten Publikationen über die großartigen Erfolge mit Ehrlichs Salvarsantherapie. Mit einer oder zwei Salvarsaneinspritzungen sollte man die Syphilis heilen können! Wer wird da noch ein anderes Mittel als das Salvarsan anwenden! Nachdem aber diese sog. Therapia sterilisans magna die Erwartungen, die man auf sie gesetzt hatte, nicht erfüllt hat und Ehrlich selbst bei Anwendung seiner Salvarsantherapie zu einer anschließenden Hg-Kur raten mußte, so lag für uns der Gedanke nahe, das atoxylsaure Quecksilber, bei dem von vornherein die beiden Heilfaktoren gegen die Syphilis, das Hg und das Arsen, enthalten sind, an einer Anzahl von Fällen zu versuchen.

Ich habe bei 30 Fällen die Behandlung abgeschlossen und will im folgenden die dabei erzielten Resultate wiedergeben. Wie Lesser gab ich meinen Patienten als erste Dosis 0,05 in Ölemulsion — aus einer jedesmal frisch zubereiteten Emulsion von Hg atoxyl. 1,00 und Ol. amygd. dulc. 9,00 — und als ich sah, daß diese Dosis bei den ersten 3 Fällen anstandslos gut vertragen wurde, gab ich gleich bei der 2. Injektion eine Dosis von 0,1, die ebenfalls ganz gut vertragen wurde. Ich gab 6 Injektionen, so daß die Patienten im ganzen 0,55 des Mittels bekamen. Bei Frauen wandte ich dieselbe Dosierung an. Bei einer 13jährigen Patientin, einem Fall von Syphilis hereditaria tarda (Fall XVIII), fing ich natürlich mit einer kleineren Dosis an, mit 0,015. Wie alle unsere unlöslichen Hg Salze, spritzte ich das Mittel in Ölemulsion intramuskulär in die Glutäen ein. Die kleineren Dosen von 0,05 wurden durchschnittlich schmerzlos vertragen; die größeren Dosen von 0,10 schmerzten dann und wann mehr oder weniger, waren im allgemeinen aber auch nicht schmerz-

Digitized by Google

hafter als unsere anderen unlöslichen Hg-Salze, wie z. B. Hg salicyl. oder Kalomel; und traten auch dann und wann Schmerzen auf, so waren sie leicht erträglich und nicht zu vergleichen mit den Schmerzen, wie wir sie z. B. bei intramuskulären Salvarsaninjektionen gesehen haben. Ich war niemals genötigt, Morphium anzuwenden, bei einer Anzahl von ungefähr 200 Einspritzungen. Einen Abszeß oder eine größere Infiltration habe ich niemals auftreten sehen; traten dann und wann einmal kleinere, auf Druck schmerzhafte Infiltrate auf, so verschwanden sie nach 2—3 Tagen. Die Einspritzungen wurden also lokal ganz gut vertragen. Ich spritzte durchschnittlich zweimal wöchentlich.

Hier in kürzeren Auszügen die Krankengeschichten:

I. R., Philipp, 23 J., Ausläufer. Infektion vor 4 Wochen. Sklerose auf dem Dorsum penis, pfennigstückgroß; Scleradenitis ing. Spirochäten +. Wassermannsche Reaktion +. Am 2. VII. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 3. Sklerose und Drüsen unverändert, Sp. +, am 5. 0,05 Hg at., am 7. Randinfiltration der Sklerose ist etwas zurückgegangen, Sp. —, am 8. 0,10 Hg at., am 9. Infiltration der Sklerose fast vollständig verschwunden. Sklerose überhäutet sich. Sp. —, am 11. 0,10 Hg at., am 16. 0,10 Hg at. Sklerose abgeheilt. Drüsenschwellung stark zurückgegangen. Stomatitis mercur., am 19. letzte Inj. von 0,10 Hg at. Sklerose vollständig abgeheilt, Leistendrüsen nur noch wenig fühlbar. WR. +.

II. H., Peter, 26 J., Hausdiener. Infektion vor 8 Wochen. Makulo-papulöses Syphilid, besonders am Penisschaft und am Skrotum. Scleradenitis universalis. Sp. +. WR. +. Am 2. VII. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 3. Herxheimersche Reaktion, Sp. +, am 5. 0,05 Hg at., am 8. Sp. —. Klinische Symptome etwas abgeblaßt, am 9. 0,10 Hg at., am 13. 0,10 Hg at. Klinische Symptome bedeutend gebessert, am 16. 0,10 Hg at., am 19. 0,10 Hg at., am 24. letzte Inj. von 0,10 Hg at. Makulo-papulöses Syphilid vollständig abgeheilt; Drüsen etwas zurückgegangen, jedoch noch überall fühlbar, WR. +.

III. E., Karl, 26 J., Schlosser. Infektion vor 5 Wochen. Entzündliche Phimose, darunter Sklerose. Scleradenitis ing. Roseola, Sp. (aus einer Schrunde am Präputium) +, WR. +. Am 2. VII. 1912 Inj. von 0,05 Hg at. Tags darauf deutliche Herxheimersche Reaktion, am 5. 0,05 Hg at., am 8. Sp. —. Leichte Besserung der klinischen Symptome. 0,10 Hg at., am 11. Roseola verschwunden. Leistendrüsen bedeutend kleiner geworden. Entzündliche Phimosis fast vollständig abgeheilt, jedoch läßt sich die Vorhaut noch nicht vollständig über die Glans zurückziehen. 010 Hg at. Am 16 0,10 Hg at. Leichte Stomatitis merc. Die Vorhaut läßt sich vollständig über die Glans zurückziehen. Im Sulcus cor. überhäutete, trockene, noch etwas indurierte Sklerose, am 20. 0,10 Hg at., am 24. 0,10 Hg at. Heilung der klinischen Symptome; besonders auffällig sind die Leistendrüsen beeinflußt worden; dieselben sind kaum noch fühlbar. WR. +.

IV. G., Georgette, 18 J., Näherin. Infektion vor ungefähr 2 Monaten. Sklerose an der Oberlippe. Papeln an den Genitalien. Roseola. Sp. +. WR. +. Am 17. VIII. 1912 Inj. von 0,05 Hg. at., am 21. Sp. +. Klinische Symptome nach der ersten Einspritzung etwas gebessert. 0,10 Hg at., am 24. nach der zweiten Inj. Sp. — und die klinischen Symptome fast vollständig abgeheilt. 0,10 Hg at., am 27. 0,10 Hg at., am 31. 0,10 Hg at. Klinische Symptome vollständig verschwunden, am 3. IX. 0,10 Hg at. WR. +.

V. Fr., Magdalena, 27 J., Zimmermannsfrau. Infektion vor 3—4 Monaten. Papeln ad gen., Roseola, Polyscleradenitis ing. Sp. +. WR. +. Am 23. VIII. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 27. 0,10 Hg at. Papeln heilen ab; Roseola verschwunden. Sp. nach

Digitized by Google

der ersten Inj. noch vorhanden, jedoch spärlicher, am 31. Sp. nach der zweiten Inj. verschwunden. Klinische Symptome bedeutend zurückgegangen. 0,10 Hg at., am 3. IX. 0,10 Hg at. Vollständige Heilung aller Symptome, inkl. der Polyscleradenitis ing., am 7. 0,10 Hg at. Leichtes Unwohlsein mit etwas Brechreiz am Abend der Einspritzung, am 10. 0,10 Hg at. Diese letzte Inj. wurde wieder ganz gut ohne Auftreten von Brechreiz vertragen. WR. +.

VI. M., Karl, 31 J., Maurer. Infektion vor ungefähr 4 Wochen. Typische Sklerose im Sulc. coron. Induratives Ödem. Polyscleradenitis ing. Sp. —. WR. —. Am 24. VIII. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 27. Ödem etwas zurückgegangen, ebenso Randinfiltration der Sklerose. Sklerose reinigt sich. Leistendrüsen unverändert, Sp. —, 0,10 Hg at., am 28. WR. wird +, am 31. 0,10 Hg at., am 3. IX. 0,10 Hg at. Symptome bedeutend gebessert, Leistendrüsen sind auch etwas kleiner geworden, am 7. 0,10 Hg at., am 10. 0,10 Hg at. Induratives Ödem und Sklerose vollständig abgeheilt; Leistendrüsen noch etwas vergrößert, besonders rechts. WR. +.

VII. R., Alphons, 19 J., Metzger. Infektion vor 6 Wochen. Sklerose im Sulc. cor., Lymphad. ing. Sp. +. WR. +. Am 24. VIII. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 27. Sklerose reinigt sich. Sp. — (also nach einer Inj. von 0,05 Hg at.), 0,10 Hg at., am 31. 0,10 Hg at., am 3. IX. Sklerose fast abgeheilt. Lymphad. ing. ist zurückgegangen. 0,10 Hg at., am 6. 0,10 Hg at., am 10. klinische Symptome geheilt. WR. +. 0,10 Hg at.

VIII. D., August, 19 J., Maurer. Infektion vor ungefähr 4 Wochen. Sklerose am Präputium. Beginnende Roseola. Polysclerad. ing. Sp. +. WR. +. Am 31. VIII. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 3. IX. Sklerose reinigt sich bereits u. Sp. —. 0,10 Hg at., am 6. Roseola verschwunden. Sklerose heilt mächtig ab; die Leistendrüsen ebenfalls, 0,10 Hg at., am 10. 0,10 Hg at., am 13. Heilung der klinischen Symptome eingetreten. 0,10 Hg at., am 17. 0,10 Hg at. WR. —.

IX. M., Leo, 21 J., Kaufmann. Infektion vor ungefähr 2 Monaten. Sklerose im Sulc. coron. Polyscler. ing. Roseola (leichte Ichthyosis). Sp. +. WR. +. Am 31. VIII. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 3. IX. Roseola deutlicher (Herxheimersche Reaktion). Sp. +. 0,10 Hg at., am 7. Roseola verschwunden. Sp. —. Sklerose reinigt sich. 0,10 Hg at., am 10. Sklerose abgeheilt. Leistendrüsen viel kleiner geworden. 0,10 Hg at., am 13. 0,10 Hg. at. Klinische Symptome vollständig abgeheilt. WR. —, am 17. 0,10 Hg at.

X. B., Maria, 20 J., Dienstmagd. Zeit der Infektion unbekannt. Papeln ad gen. Polysclerad. ing. Leucoderma colli. Sp. +. WR. +. Am 31. 8. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 4. IX. Papeln stark abgeblaßt; Sp. — (also nach einer Inj.). 0,10 Hg at., am 7. Papeln ganz abgeheilt; 0,10 Hg at. Leichtes Unwohlsein, am 10. Polyscler. ing. bedeutend zurückgegangen. Stom. mercur. 0,10 Hg at., am 17. 0,10 Hg at., am 21. 0,10 Hg at. WR. +.

XI. W., Rosa, 32 J., Haushälterin. Zeit der Ansteckung unbekannt. Kleinpapulöses Syphilid am ganzen Körper. Gelenkschmerzen. Polyscleradenitis universalis. Sp. +. WR. —. Am 31. VIII. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 3. IX. 0,10 Hg at., am 7. Sp. —. Kleinpapulöses Syphilid etwas abgeblaßt. Gelenkschmerzen haben sich gebessert. 0,10 Hg at., am 10. 0,10 Hg at. trotz leichter Stomatitis mercur. Gelenkschmerzen sind verschwunden. Papeln heilen überall ab, am 17. 0,10 Hg at., nachdem die Stomatitis mercur. wieder geheilt war, am 24. 0,10 Hg at. Es bestehen hier und da noch einzelne kleine Papeln, weshalb Pat. noch eine 7. Inj. bekommt am 28. 0,10 Hg at., worauf alle klinischen Symptome verschwinden. Drüsen bloß noch leicht in der Inguinalgegend zu fühlen, während die Zervikal- und Kubitaldrüsen nicht mehr fühlbar sind. WR. +.

XII. B., Jakob, 54 J., Fabrikarbeiter. Zeit der Ansteckung unbekannt. Universelles, kleinpapulöses Syphilid. Entzündliche Phimose. Leucoderma colli. Polysclerad. ing. Sp. +.

Digitized by Google

WR. +. Am 2. IX. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 6. 0,10 Hg at., am 10. Syphilid überall stark in Abheilung begriffen. Das entzündete Präputium viel weicher geworden und läßt sich beinahe ganz über die Glans zurückziehen. Sp. —, also nach der 2. Inj. verschwunden. 0,10 Hg at., am 13. 0,10 Hg at., am 17. 0,10 Hg at. Nur noch Pigmentationen vorhanden; klinische Symptome abgeheilt, am 21. 0,10 Hg at. WR. +.

XIII. R., Albert, 25 J., Schlosser. Infektion vor 3 Wochen. Sklerose im Sulc. coron. Polysclerad. ing. Sp. +. WR. +. Am 3. IX. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 6. Sp. +. Sklerose unverändert, ebenso Drüsen. 0,10 Hg at., am 10. Sp. —. Randinfiltration der Sklerose ist weicher und der Grund der Sklerose reinigt sich. Drüsen noch unverändert. 0,10 Hg at., am 13. Sklerose fast vollständig überhäutet. Keine Infiltration mehr. Leistendrüsen nicht mehr so groß. 0,10 Hg at., am 17. klinische Symptome abgeheilt. 0,10 Hg at., am 21. 0,10 Hg at. WR. —.

XIV. P., Karl, 23 J., Rottenarbeiter. Ansteckung im Februar dieses Jahres. Damals Schanker, der abheilte während einer Kur von 30 Hg succinim.-Spritzen. Jetzt Roseola. WR. +. Am 10. IX. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 13. 0,10 Hg at., am 15. Roseola verschwunden, am 17., 21., 25. 0,10 Hg at., am 28. WR. +.

XV. Frau H., 33 J., Hausfrau. 1897 Infektion: bisher 3 Schmierkuren. 1911 2 Gummata auf dem Brustbeine, in der Gegend des rechten Sterno Klavikulargelenkes; ein Gumma brach im April 1911 auf, worauf sich ein Fistelgang bildete, der jetzt noch eitert. Vor $^1/_2$ Jahr bekam Pat. 15 Hg-Spritzen, vor 2 Monaten weitere 17 Hg-Spritzen, außerdem 2 Schmierkuren und innerlich 3 Flaschen Jodkalium — alles ohne besonderen Erfolg. Jetziger Status: Tertiäre, gummöse, eitrige Prozesse auf dem Brustbeine in der Gegend des rechten Sterno Klavikulargelenkes. Heftige Schmerzen in der linken Hüfte von lancinierendem Charakter seit 3 Wochen bestehend, die das Gehen fast nicht ermöglichen. Die ganze Kreuzbeingegend äußerst druckempfindlich. Reflexe überall normal. WR. +. Am 10. IX. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 13. 0,10 Hg at., am 15. allgemeine Besserung. Pat. kann zum ersten Male seit 3 Wochen ohne Morphium oder Veronal schlafen, am 17. 0.10 Hg at., am 21. die Schmerzen in der Hüftgegend fast vollständig verschwunden. Pat. kann wieder ganz gut gehen. Die Gummata auf der Brust sind viel kleiner geworden und der Fistelgang am Sternum entleert weniger Eiter. 0,10 Hg at., am 25. 0,10 Hg at., am 28. Schmerzen verschwunden. Gummata viel kleiner geworden, und der Fistelgang sezerniert fast kein Eiter mehr. Pat. wird auf ihren Wunsch entlassen; es wird ihr Jodkalium intern ordiniert und ihr empfohlen, sich in einigen Wochen wieder vorzustellen. WR. +. 0,10 Hg at.

XVI. K., Lucie, 21 J., Verkäuferin. Zeit der Ansteckung unbekannt. Sklerose an der Oberlippe mit entsprechender rechtsseitiger Drüsenschwellung. Sp. +. WR. +. Am 17. IX. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 21. Sp. — (also nach der ersten Inj.) Randinfiltration der Sklerose nicht mehr so hart. 0,10 Hg at., am 25. Sklerose heilt bedeutend ab, und ebenso ist die Drüsenschwellung stark zurückgegangen. 0,10 Hg at., am 28. 0,10 Hg at., am 1. X. 0,10 Hg at. Klinische Symptome abgeheilt. 0,10 Hg at. WR. +.

XVII. W., Paul, 17 J., Buchdruckerlehrling. Infektion vor ungefähr 2 Monaten. Sklerose auf der Glans und Abklatschsklerose auf dem Präputium. Polysclerad. ing. beiderseits. Sp. +. WR. +. Am 20. IX. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 25. Sp. — (also bereits nach der ersten Injektion). Sklerose auch bereits stark beeinflußt. 0,10 Hg at., am 28. 0,10 Hg at. Sklerosen bereits fast ganz abgeheilt. Drüsenschwellung ebenfalls mächtig zurückgegangen. 0,10 Hg at., am 1. X. 0,10 Hg at., am 7. klinische Symptome abgeheilt. 0,10 Hg at., am 10. 0,10 Hg at. WR. +.

XVIII. M., Hulda, 13 J. Lues heredit. tarda. Sattelnase, vorspringende Stirnhöcker. Graziler Knochenbau. Schlechter Ernährungszustand. Auf dem ganzen Körper

Digitized by Google

massenhafte, mehr weniger rupiaartige Ulzerationen neben vielen Narben von früheren Ulzerationen herrührend. Sp. —. (Auf W-Untersuchung verzichtet wegen des Zustandes der Pat.) Am 18. IX. 1912 Inj. von 0,015 Hg at., am 21. 0,03 Hg at., am 24. Krusten fallen teilweise ab; Geschwüre reinigen sich. Allgemeinzustand gebessert, am 26. 0,05 Hg at., am 3. X. 0,05 Hg at. Krusten sämtlich abgefallen. Ulzerationen fast überall geheilt, am 12. 0,06 Hg at., am 17. 0,05 Hg at. Ulzerationen überall abgeheilt. Allgemeinzustand bedeutend gebessert. Gewichtszunahme: 5 Pfund.

XIX. E, Adele. 17 J., Packerin. Ansteckung vor einem halben Jahre. Damals Sklerose und breite Kondylome, die unter Anwendung einer Hg succinim.-Kur abheilten. Jetzt wieder Papeln ad gen. Sp. +. W. +. Am 24. IX. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 28. 0,10 Hg at. Sp. +, am 3. X. Sp. — (also nach der zweiten Inj.). Papeln deutlich in Abheilung begriffen. 0,10 Hg at., am 7. 0,10 Hg at., am 12. luetische Symptome abgeheilt. 0,10 Hg at., am 17. 0,10 Hg at. WR. +.

XX. Kl., Benjamin, 36 J., Holzarbeiter. Infektion vor einem Jahre. Damals 2 Salvarsaninjektionen + 30 Hg succinim.-Spritzen. Jetzt Condylomata lata ad anum. Sp. +. WR. +. Am 26. IX. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 28. bereits Besserung der klinischen Symptome. Sp. —. 0,10 Hg at., am 1. X. 0,10 Hg at., am 7. Kondylome stark zurückgegangen; 0,10 Hg at., am 10. Kondylome geheilt. 0,10 Hg at., am 15. 0,10 Hg at. WR. +.

XXI. Sch., Irene, 20 J., Stütze. Infektion vor 6 Monaten. Sehr ausgedehnte papulöse Ulzerationen an den Genitalien. Sp. +. WR. +. Am 30. IX. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 3. X. 0,10 Hg at. Nach dieser zweiten Inj. verschwanden die Sp., und die Ulzerationen fingen an sich zu reinigen. Der Pat. mußten jedoch noch 7 Inj. von je 0,10 Hg at. gegeben werden, bis die klinischen Symptome ziemlich abgeheilt waren. Pat. bekam also im ganzen eine Gesamtdosis von 0,85 Hg at., die sie anstandslos gut vertrug, trotzdem dieselbe nicht besonders kräftig und ziemlich anämisch war. WR. +, am 26. entlassen. Wir wollten ihr später poliklinisch noch eine Hg at.-Einspritzung geben, da noch ein kleiner Rest der Ulzerationen zurückgeblieben war, sahen aber davon ab, da wir inzwischen die unangenehme Intoxikationserscheinung bei Fall XXX beobachtet hatten. Wir gaben noch einige Hg succin.-Spritzen bis zur Heilung.

XXII. S., Marie, 25 J. Zeit der Infektion unbekannt. Makulo-papulöses Exanthem am ganzen Körper. Sp. +. WR. +. Am 3. X. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 7. Papeln bereits nach der ersten Einsprizung etwas abgetrocknet; Spir. nur noch sehr spärlich vorhanden. 0,10 Hg at., am 10. Sp. —, 0,10 Hg at., am 15. 0,10 Hg at., am 17. Roseola verschwunden; noch hier und da eine kleine papulöse Effloreszenz zu sehen, 0,10 Hg at., am 21. 0,10 Hg at. Klinische Symptome abgeheilt. WR. +.

XXIII. G., Joseph, 29 J., Kellner. Infektion vor zwei Monaten. Makulo-papulöses Exanthem am ganzen Körper. Entzündliche Phimosis. Angina specifica. Sp. +. WR. +. 8. X. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 10. noch spärliche Spir. Leichte Besserung der klinischen Symptome. 0,10 Hg at., am 15. Sp. —. Angina geheilt. 0,10 Hg at., am 18. Makulo-papulöses Exanthem überall verschwunden. Präputium nicht mehr entzündet, nicht mehr geschwollen, läßt sich gut über die Glans zurückziehen. 0,10 Hg at., am 21. 0,10 Hg at. Da bei dem Patienten bereits nach der dritten Injektion alle luetischen Symptome abgeheilt waren, und derselbe außerdem an starkem linksseitigen Spitzenkatarrh leidet, weshalb er in ein Sanatorium aufgenommen wird, wird von einer sechsten Injektion abgesehen.

XXIV. W., Elisabeth, 20 J., Verkäuferin. Ansteckung vor ungefähr vier Wochen. Jetzt Papeln ad gen. Roseola. Sp. +. WR. +. Am 8. X. 1912 Inj. von 0,05 Hg at.,

Digitized by Google

am 10. 0,10 Hg at., am 15. Sp. —. Roseola verschwunden. Papeln stark zurückgegangen. 0,10 Hg at. Am 18. Patient geheilt; bekommt trotzdem noch drei Hg at.-Spritzen à 0,10 die Spritze, am 25. WR. +.

XXV. B., Karoline, 23 J., Dienstmädchen. Infektion vor ungefähr fünf Wochen. Papulo-makulöses Syphilid. Sp. +. WR. +. Am 16. X. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 21. Sp. noch vorhanden, jedoch spärlicher. 0,10 Hg at., am 25. Sp. —. Klinische Symptome heilen ab; Roseola verschwunden; es bestehen nur noch einzelne in Regression begriffene Papeln an den großen und kleinen Labien, 0,10 Hg at., am 28. 0,10 Hg at., 31. 0,10 Hg at. Klinische Symptome abgeheilt. WR. +.

XXVI. H., Karl, 31 J., Maler. Ansteckung vor ungefähr sechs Monaten. Vor fünf Monaten Sklerose mit Einspritzungen von Neosalvarsan behandelt. Jetzt vereiterte Papeln im Sulcus coron. Beiderseits schmerzhafte, stark entzündete, infiltrierte Leistendrüsen. Sp. +. WR. +. Am 17. X. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., 19. 0,10 Hg at. Nach der zweiten Einspritzung Sp. —. Klinische Symptome bessern sich. Am 23. 0,10 Hg at., am 28. Leistendrüsen mächtig zurückgegangen. 0,10 Hg at., am 2. XI. 0,10 Hg at. Papeln abgeheilt. Am 7. 0,10 Hg at. WR. +.

XXVII. G., Cäcilia, 31 J., Zimmermädchen. Infektion vor ungefähr drei Monaten. Jetzt Papeln ad gen. Sp. +. WR. +. Am 23. X. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 25. Sp. noch +, jedoch weniger, am 26. 0,10 Hg at., am 29. Sp. —. Papeln bedeutend abgenommen. 0,10 Hg at., am 2. XI. 0,10 Hg at., am 7. Papeln vollständig abgeheilt. 0,10 Hg at., am 11. 0,10 Hg at. WR. +.

XXVIII. W., Elisabeth, 21 J., Dienstmädchen. Zeit der Infektion unbekannt. Papulo-makulöses Syphilid. Abgeheilte Sklerose an der l. gr. Labie. Polysclerad. ing. Angina spec. Sp. +. WR. +. Patientin schwanger im neunten Monat. Kind lebt. Am 24. X. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 29. Sp. —, also bereits nach der ersten Inj. Klinische Symptome gebessert. 0,10 Hg at., am 2. XI. Angina spec. abgeheilt. Papeln stark zurückgegangen, Roseola verschwunden. Drüsen kleiner geworden. 0,10 Hg at., am 7. Papeln ebenfalls verschwunden. 0,10 Hg at., am 10. Patientin bekommt Wehen; sie wird deshalb auf die geburtshilfliche Klinik verlegt, wo sie ein gesundes, kräftiges Kind gebiert. WR. +.

XXIX. H., Emil, 38 J., Installateur. Infektion vor $1^1/_2$ Jahren. Patient bekam damals eine Ehrlich-Spritze und 45 Hg succin.-Spritzen. Jetzt Rezidiv: Nässende Papeln am Skrotum und Penisschafte. Papeln auf dem behaarten Kopfe. Angina spec. Sp. +. WR. +. Am 25. X. 1912 Inj. von 0,05 Hg at., am 28. 0,10 Hg at. Klinische Symptome gebessert. Papeln trocknen ab. Noch spärlich Sp. Am 29. Sp. —, am 31. 0,10 Hg at. Angina spec. abgeheilt. Am 3. XI. Papeln abgeheilt. 0,10 Hg at., am 9. 0,10 Hg at. Klinische Symptome vollständig geheilt. Am 11. 0,10 Hg at. WR. +.

Wie aus diesen Krankengeschichten zu ersehen ist, wurden Patienten in allen Stadien der Syphilis mit dem Präparat behandelt. Nicht nur lokal wurden die Einspritzungen im allgemeinen ganz gut vertragen, sondern es stellten sich auch bei keinem Patienten irgend welche unangenehme Nebenwirkungen schwererer Art ein. Wohl hatte ein oder das andere Mal ein Patient nach einer Injektion abends eine leichte Temperatursteigerung, aber niemals trat stärkeres Fieber auf. Leichtes Gefühl von Unwohlsein und Brechreiz trat einmal bei zwei besonders empfindlichen Patientinnen (Fall V und Fall X) und bei einem Patienten (Fall XXIII), der ziemlich schwächlich war und an einem ausgedehnten links-

Digitized by Google

seitigen Spitzenkatarrh litt, auf, eben alles Zufälle leichterer Art, wie man sie immer bei empfindlichen Patienten im Verlaufe einer Spritzkur zu sehen bekommt. Aber irgend welche mittlere oder gar schwerere Intoxikationserscheinungen haben wir bei keinem unserer obigen Patienten auftreten sehen. Der Augenhintergrund wurde bei jedem unserer Patienten vor und nach der Kur untersucht, und niemals wurde irgend eine krankhafte Änderung konstatiert.

Was die Heilwirkung des Präparates anlangt, so war dieselbe ausgezeichnet. Gleich nach der ersten Injektion von 0,05 wurden, wo solche vorhanden waren, die Spirochäten in so starker Weise beeinflußt, daß sie entweder ganz verschwanden oder doch deutlich an Zahl und Intensität der Bewegung abnahmen. Nach der zweiten Injektion waren sie regelmäßig verschwunden. Ebenso mächtig wurden die klinischen Symptome von dem Mittel beeinflußt. Sklerosen, Papeln, Kondylome reagierten meistens bereits auf die erste Injektion und waren nach drei bis fünf Spritzen abgeheilt. Bei einem Falle von kleinpapulösem Syphilide (Fall XI) mußten wir allerdings sieben Injektionen geben, bis sich überall die kleinen Papeln resorbiert hatten. Bekanntlich leisten aber ja auch diese Fälle von kleinpapulösem Syphilide jeglicher Behandlung heftigen Widerstand. Herxheimersche Reaktion konnten wir besonders bei Fällen wo Roseola vorhanden war (z. B. Fall II, III und IX), beobachten; die Roseola verschwand dann meistens nach der der Reaktion folgenden Einspritzung. Ein Fall von Lues hereditaria tarda, der am ganzen Körper mit rupiaartigen Ulzerationen bedeckt war, heilte nach einer Gesamtdosis von 0,255 Hg. at. in sechs Injektionen verteilt (Fall XVIII). Eine Patientin (Fall XV) tertiär luetisch, saturiert mit Hg, bei der 32 intragluteale Hg-Injektionen und zwei Schmierkuren keine besondere Besserung ihrer luetischen Symptome bringen konnten, reagierte prompt auf Hg. atox.-Einspritzungen. Nach Empfang einer Gesamtdosis von 0,55 des Mittels waren ihre heftigen, seit Wochen bestehenden Schmerzen in der Kreuzbeingegend verschwunden und ihre gummösen Prozesse auf dem Brustbeine so weit zurückgegangen, daß sie auf ihren Wunsch entlassen werden konnte, und berechtigte Hoffnung vorhanden war, daß eine Nachkur mit Jodkalium die Gummata vollständig zur Heilung bringen würde.

Was besonders bei diesem Präparate auffiel, war eine starke Heilwirkung auf die Lymphdrüsen, wie wir dieselbe noch bei keinem anderen Mittel gesehen haben. Dagegen war die Einwirkung auf die Wassermannsche Reaktion eine geringe. Nur bei drei Fällen (Fall VIII, IX und XIII) ist dieselbe von einer positiven am Anfange der Kur zu einer negativen Reaktion umgeschlagen. Möglich, daß die Dauer der Kur, ungefähr drei Wochen, etwas kurz ist, und daß sich der Einfluß auf die

Digitized by Google

Wassermannsche Reaktion im allgemeinen erst später bemerkbar macht. Ob dieses bei unseren Patienten der Fall ist, werden wir bei späteren Untersuchungen konstatieren können.

Unsere Erfolge mit dem Mittel waren also gute, die uns ebenso wie Lesser zu der Behauptung berechtigen, daß das atoxylsaure Quecksilber entschieden ein sehr wirksames Präparat ist, das sehr gut vertragen wird, und das einen entschiedenen Vorteil vor allen anderen Präparaten darin besitzt, daß eine verhältnismäßig sehr geringe Menge genügt, um einen Heilerfolg herbeizuführen. Diese Erzielung eines Heileffektes mit so geringen Mengen des Präparates erklärte Uhlenhuth in der oben erwähnten Sitzung der Berliner dermatologischen Gesellschaft dadurch, daß das Atoxyl als Ambozeptor oder Beize wirken könne, so daß das Hg besonders stark an der Zelle angreifen könne, analog dem Vorkommnisse in der Desinfektionslehre, wo zwei Desinfektionsmittel — in Kombination — schon in ganz kleinen Dosen wirken können, Dosen, die bei jedem einzelnen Mittel allein für sich gar keine Wirkung ausüben. Diese Erklärung stimmt auch überein mit der Beobachtung, daß bei unseren mit Hg atoxylicum behandelten Patienten sehr leicht bereits bei den ersten Einspritzungen, trotz besonders gut durchgeführten Mundpflege, öfters Stomatitis eintrat, wie wir sie bei Darreichung unserer anderen Hg-Präparate erst nach größeren Dosen eventuell zu sehen bekommen.

Wir waren also mit dem neuen Mittel nach jeder Richtung hin äußerst zufrieden, als wir bei Behandlung des Falles XXX eine unangenehme Überraschung erlebten.

Fall XXX. R. Joseph, 38 Jahre, Heizer. Infektion vor vier Wochen. Sklerose auf dem Präputium. Polysclerad. inguin. Sp. +. Am 25. X. 1912 Inj. von 00,5 Hg at., am 28. Spirochäten bereits verschwunden. Sklerose nicht mehr so infiltriert. 0,10 Hg. at., am 31., da seit zwei Tagen Unwohlsein und 37,5, keine Injektion. Am 2. XI., da Patient wieder wohl, 0,10 Hg at. Luetische Symptome heilen gut ab. Am 4., 48 Stunden nach der letzten Injektion, bekommt Patient, der sich bis dahin wohl fühlte, abends vier Uhr einen plötzlichen Fieberanfall auf 40,2, der nicht lange andauert; um fünf Uhr ist das Fieber wieder auf 37.4 heruntergegangen. Patient schwitzt ein wenig, fühlt sich nicht besonders unwohl, bloß etwas matt. Untersuchung ergibt nichts Krankhaftes. Am 5. XI. Nach gut verbrachter Nacht fühlt sich der Patient den ganzen Tag ganz wohl, bis er abends um zehn Uhr von einem äußerst schweren Herzkollaps befallen wird. Herr Oberarzt Dr. Mulzer konstatiert: Puls sehr klein, über 200, kaum zu zählen, Herztöne äußerst schwach, starke Atmungsbeschwerden, grau-zyanotisches Aussehen usw. Nach Darreichung von zwei Kampfer- und einer Digalen-Spritze erholt sich der Patient wieder und nach ungefähr einer Stunde ist der Anfall vorbei. Am 6. XI., Patient fühlt sich wieder wohl, bloß etwas matt; er schwitzt öfters. Die Untersuchung ergibt nichts Anormales. Lunge gesund, kein blutiges Sputum, so daß eine eventuelle Embolie, die ja immer bei intramuskulären Einspritzungen vorkommen kann, auszuschließen ist. Kein Eiweiß. Patient fühlt sich die folgenden Tage wieder ganz wohl und bleibt gesund, kein neuer Anfall.

Digitized by Google

Wir haben also hier bei einem 38jährigen Manne, der kräftig und gesund ist, der niemals krank war, niemals noch den geringsten Anfall von Herzschwäche hatte, nach der dritten Hg. atox.-Einspritzung einen schweren Herzkollaps erlebt. Der Kranke hatte als Gesamtdosis im Verlaufe von zehn Tagen in drei Einspritzungen 0,25 Hg. atox. bekommen, gewiß eine geringe Dosis, in der nach der Zusammensetzung des Präparates nur 0,06 Arsen und 0,08 Hg enthalten waren. Und doch kann nach der ganzen Sachlage und nach dem Verhalten des Patienten nur eine Giftwirkung des Präparates diesen schweren Herzkollaps hervorgerufen haben. Wäre eine Embolie — und das ist wohl das einzige, woran man noch denken kann, außer an die Giftwirkung des Mittels — schuld an einem so schweren Anfall von Herzschwäche gewesen, so hätte man doch tags darauf noch irgend etwas Krankhaftes auskultatorisch oder perkutorisch bei dem Patienten feststellen können, es wäre ein blutiger Auswurf aufgetreten, es wäre eventuell Eiweiß im Urin nachzuweisen gewesen usw., nichts von alledem. Patient war am folgenden Tage wieder ganz gesund und blieb es in der Folgezeit. Es muß also wohl ein direkter giftiger Einfluß des Mittels auf das Herz vorgelegen habe. Zu dieser Meinung bekannte sich übrigens auch Herr Prof. v. Taboka. Bereits nach der zweiten Injektion hatte Patient ein geringes Unwohlsein gefühlt verbunden mit leichter Temperatursteigerung. Bei der dritten Einspritzung trat nun eine kumulative Wirkung des Mittels ein, die eine schwere Intoxikation bei dem wohl an Idiosynkrasie gegen Arsen behafteten Patienten hervorrief. Denn darum handelt es sich wohl in unserem Falle. Eine Giftwirkung von seiten des Quecksilbers können wir wohl ausschließen. Denn selbst angenommen, daß die geringe Menge Hg, die der Patient bekommen hat, eine heftige Giftwirkung hervorgerufen hätte, so wären die Symptome der Vergiftung ganz andere gewesen; es wären die bekannten Hg-Intoxikationserscheinungen vorhanden gewesen. Das Arsen hat sich dagegen gerade in den organischen Benzolverbindungen als ein intensives Nervengift herausgestellt, das die verschiedenen Nervenzentren in der heftigsten Art befallen kann. Im allgemeinen, bei den weitaus meisten Fällen, bei welchen wir das Arsen in den bekannten aromatischen Verbindungen, wie dem Atoxyl, dem Arsazetin, dem Salvarsan, verabreichen, wird es ja ausgezeichnet vertragen und hat meist eine recht gute Heilwirkung. Wird es aber bei einem Patienten angewandt, der eine Idiosynkrasie gegen Arsen hat, so sehen wir die verschiedensten Nervenvergiftungen auftreten, von den sogenannten Neurorezidiven leichterer und schwererer Art bis zu den schwersten, in einigen Stunden zum Tode führenden Intoxikationen. Und ob jemand eine Idiosynkrasie gegen Arsen hat, kann man ihm nicht ansehen; das

Digitized by Google

kann bei den kräftigsten und gesündesten Menschen vorkommen. Der Mensch, als das höchst entwickelte Wesen, weist doch wohl auch die stärkst individualisierenden Unterschiede auf, und deshalb finden sich wohl auch bei ihm diese idiosynkratischen Zustände viel häufiger, als wir sie z. B. bei den Versuchstieren in unseren Laboratorien sehen. Bei den Tieren gibt es fast keine Idiosynkrasie. Und diese Idiosynkrasie ist wohl der Grund, daß diese aromatischen Arsenbindungen, die bei der weitaus größten Anzahl unserer Patienten anstandslos vertragen werden, plötzlich bei dem kräftigsten und gesündesten Manne die schwersten Vergiftungserscheinungen hervorrufen können — eine Ansicht, die bereits Prof. Wolff (Oktober-Sitzung des unter-elsässischen Ärztevereins) bei Besprechung eines Falles von Salvarsanintoxikation ausgesprochen hat. Es geht also bis jetzt aus unseren Versuchen hervor, daß das atoxylsaure Quecksilber eine sehr gute Heilwirkung bei der Syphilis entwickelt, und daß dessen Anwendung in Fällen, wo das bis jetzt noch allein souveräne Heilmittel, das Quecksilber, versagt, in Betracht kommt; daß dasselbe jedoch — wie alle organischen Arsenverbindungen — mit Vorsicht anzuwenden ist, da es ebenso wie das Salvarsan, wenn auch offenbar selten, schwere Intoxikationen hervorrufen kann. Bis jetzt sind bereits inkl. die unserigen über 200 Fälle von Lues, bei denen Hg at.-Kuren angewandt wurden, veröffentlicht worden, und unser Fall ist der einzige bei dem schwerere Intoxikationserscheinungen aufgetreten sind.

Aus der Praxis.

Das Vioform in der Dermatologie.

Von

Dr. Julius Hochstätter,

Primärarzt an der Charité-Poliklinik in Budapest.

Da das Jodoform bekanntlich neben entschieden guten Eigenschaften verschiedene große Nachteile besitzt, insbesondere den höchst unangenehmen durchdringenden Geruch, ferner lokale Reizwirkungen, die sich namentlich in Hautekzemen äußern, wozu noch die Gefahr der allgemeinen Intoxikation kommt, so sind schon zahlreiche pulverförmige Antiseptika in den Handel gebracht worden, um das Jodoform zu verdrängen, jedoch ohne durchschlagenden Erfolg. Die jodhaltigen Produkte erwiesen sich entweder als zu leicht zersetzlich oder zu toxisch; oder ihre Löslichkeit war zu groß; die jodfreien (meist wismuthaltigen) Produkte hatten zwar eine ausreichende Trockenwirkung aber keine genügende bakterizide Kraft, ganz abgesehen davon, daß auch nach diesen Präparaten nicht selten allgemeine Intoxikationen beobachtet wurden.

Im Jahre 1901 hatte nun die Abhandlung Kreckes meine Aufmerksamkeit auf

Digitized by Google

das von der Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel in den Handel gebrachte Vioform gerichtet, ein 41% Jod enthaltendes Derivat des Oxychinolins. Die desinfizierende Kraft des Vioform beruht auf verschiedenen Faktoren, einesteils auf dem Chinolinring, dessen Wirkung wiederum durch das Hydroxyl verstärkt wird; andernteils auf der die antiseptische Wirkung bekanntlich erhöhenden Substitution von 2 Wasserstoffatomen des Chinolins durch 2 Halogenatome, und zwar 1 Atom Chlor und 1 Jodatom.

Vioform, dessen chemische Konstitution also einem Jod-Chlor-Oxychinolin entspricht, ist ein grünlich-graues, geruchloses, vorzüglich anhaftendes, außerordentlich leichtes Pulver.

Tavel, der zuerst eine eingehende Prüfung des Vioforms vornahm, kam auf Grund ausgedehnter bakteriologischer und klinischer Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß Vioform stärker bakterizid und namentlich auch viel stärker entwicklungshemmend auf Bakterien wirkt, als Jodoform; daß Vioform ferner praktisch ungiftig ist, indem selbst noch Dosen von 3—5 g (pro 1 kg Tier), subkutan appliziert, vertragen wurden; daß daher auch bei ausgedehnter klinischer Anwendung das Vioform in geschlossenen Höhlen keine nachteilige Wirkung auf den Organismus zu konstatieren ist; daß ferner die Geruchlosigkeit und die Beständigkeit des Pulvers sehr angenehme Faktoren sind.

Seit 10 Jahren verwende ich Vioform beständig sowohl bei venerischen als auch bei luetischen Geschwüren, resp. sowohl bei weichem als hartem Schanker, und zwar entweder in Pulver- oder auch in Salbenform, ferner auch in Form von Gaze. Bei allen 3 Applikationsarten erzielte ich selbst in hartnäckigen Fällen sehr günstige Resultate.

In den letzten 6 Monaten habe ich das Vioform in nachstehenden Fällen angewendet:

Bei 98 weichen und 31 harten Geschwüren. Die weichen Geschwüre heilten in 6—8 Tagen. Bei harten Geschwüren mit tiefgehender entzündlicher Infiltration gelang es, durch Behandlung mit Vioformpulver den weiteren Fortschritt des Prozesses aufzuhalten. Die Ulzera heilten in 3—4 Wochen, so daß nur eine Infiltration des Gewebes zurückblieb. Ich beobachtete jedoch auch Fälle von Ulcus durum, bei denen das Vioform seine Wirkung auf die stark mit Belag überzogene Wundoberfläche nicht genügend entwickeln konnte. Hier erzielte ich sehr gute Resultate mit einer folgendermaßen zusammengesetzten Salbe:

Rp. Vioform. 2,0, Menthol. 0,5, Camphor. 1,0, Ungt. simpl. 30.0.

Unter dem Einfluß dieser Salbe, die dreimal täglich aufgetragen wurde, heilte die Wunde am besten.

Bei Bubonen wendete ich Vioform in 51 Fällen an. Nachdem hier die vereiterten Drüsen entfernt, die Höhlung mit Vioformgaze ausgefüllt war, entwickelten sich verhältnismäßig rasch frische Granulationen; die Eiterung wurde minimal, die Wundfläche bald geruchlos; und der Kranke (bei 3—4tägigem Verbandwechsel) in verhältnismäßig kurzer Zeit geheilt.

Bei 73 Fällen von Balanitis mit stark hyperämischer Entzündung der ganzen Oberfläche der Eichel trat auf täglich zweimaliges Einstreichen mit 10%iger Vioformsalbe gewöhnlich in 3 Tagen Heilung ein.

In 61 Fällen von Intertrigo, bei denen ich 5%ige Vioformvaseline anwendete, erzielte ich ein ausgezeichnetes Resultat und habe selbst bei ganz kleinen (2—3 Wochen alten) Kindern nie Hautreizung beobachtet.

Pruritus bei Zuckerkranken konnte in 6 Fällen durch Vioformpulvergebrauch gelindert, ja sogar zum Verschwinden gebracht werden.

Zwei Fälle von Jodoformekzem heilten unter 10%iger Vioformsalbenbehandlung sehr rasch.

Digitized by Google

Vierzehn Fälle von Hautekzem, welche der üblichen Behandlung getrotzt hatten, wurden mit Hilfe von Vioformpulver, das mit Zinc. oxydat. vermengt wurde, selbst in den widerspenstigsten Fällen rasch zur Heilung gebracht.

In 19 Fällen von Mastdarmeinrissen vermochte das Vioformpulver einesteils infolge seiner Haftfähigkeit die Wunde vor Verunreinigung zu schützen, andernteils eine rasche Heilung zu erzielen.

In keinem einzigen dieser zahlreichen Krankheitsfälle sah ich während der Behandlung mit Vioform allgemeine Intoxikationserscheinungen oder lokale Reizwirkungen (Ekzeme u. dgl.) auftreten; und ich überzeugte mich bei meinen mit Vioform angestellten Versuchen, daß wir im Vioform ein solches Mittel besitzen, welchem alle Vorzüge des Jodoform inne wohnen, doch ohne die unangenehmen Nebenwirkungen desselben, und daß man damit die schönsten Resultate dort erzielt, wo die zahlreichen Ersatzmittel des Jodoform unwirksam geblieben sind. Infolgedessen empfehle ich das Vioform im Interesse der Kranken der Beachtung meiner Kollegen.

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1912, Bd. 53, Heft 6.

Über extragenitale und perigenitale venerische Geschwüre im Zusammenhang mit einem Fall von Inokulation venerischer Geschwüre auf Herde von inguinaler Epidermophytie, von Ferdinando De Napoli-Bologna. Der Verfasser glaubt, daß die Seltenheit des extra- und perigenitalen Auftretens des Ulcus molle darauf beruht, daß bedeutende Kontinuitätstrennungen bestehen müssen, um ein Haften und eine Vermehrung des Ducreyschen Bazillus zu gestatten. Solche Kontinuitätstrennungen können leicht während des Koitus an den Genitalien selber geschaffen werden. Außerhalb derselben müssen schon spezielle Verhältnisse bestehen, um eine Inokulation zu ermöglichen. So teilt der Verfasser einen Fall mit, bei welchem sich auf einem in der Genitokruralfalte gelegenen Herde von Epidermophyton inguinale eine Anzahl Ulcera mollia angesiedelt hatten, während z. B. die andere Inguinalfalte, welche frei von Epidermophyton war, auch frei von Ulcera mollia blieb (die primären Ulzera saßen in der Vorhaut). Die Ansiedelung des Epidermophyton muß also Läsionen in der Haut geschaffen haben, welche ein Haften des Bazillus Ducrey begünstigten.

Einige Bemerkungen über das dermatologische Arbeiten, von Radaeli-Cagliari.

Über die Parapsoriasis en plaques, von E. Bizzozero-Turin. Bei einem 21 jährigen Arbeiter bestand seit sechs Jahren folgender Hautausschlag: An den Oberschenkeln fanden sich kleine, runde, teils isolierte, teils konfluierende Herde, leicht infiltriert, mit glatter Oberfläche, ohne Desquamation und mit einem Glanz, als ob sie mit Vaseline bestrichen wären. Spannt man den Herd mit zwei Fingern, so erscheint die Oberfläche leicht gefältelt. Am Thorax sind die Herde größer und weisen drei Zonen auf. Die Peripherie bildet einen rosafarbenen Rand mit glänzender Oberfläche, leicht erhaben und nach innen abfallend. Daran schließt sich eine ebenfalls rosafarbene, glänzende, wie oben leicht gefältelte Zone, und das Zentrum ist braun pigmentiert. Befallen ist der ganze Körper. Gegen Medikamente war die Erkrankung renitent. Der mikroskopische Befund zeigte außer einer leichten Lymphozyteninfiltration längs der Gefäße und einem

Digitized by Google

leichten Ödem der Kutis nichts Charakteristisches, erlaubte aber differentialdiagnostisch andere in Betracht kommende Affektionen (Lepra, Atrophie usw.) auszuschließen.

Dermatitis exfoliativa chronica (maligner Typus von Bazin) nach Psoriasis, von Pasquale Longo-Catania. Ein 64jähriger Kranker litt an Psoriasis mit typischem Verlauf. Nach einiger Zeit gesellte sich eine abundante, allgemeine, lamellöse Abschuppung hinzu, und unter immer zunehmender Verschlechterung des Allgemeinbefindens starb der Patient. Bei der Sektion fand sich diffuse Bronchitis, krupöse Pneumonie und chronischer Intestinalkatarrh.

Bemerkungen über zwei Fälle von familiärer Ichthyose, von Lodovico Tommasi. In der hier beschriebenen Familie waren die Männer frei von Ichthyose und von drei Schwestern zeigten nur zwei, welche von der sicher tuberkulösen Mutter gestillt worden waren, die Krankheit, während die dritte Schwester, welche eine fremde Amme hatte, frei blieb.

Ein typischer Fall von Impetigo herpetiformis gravidarum (Hebra), von Arturo de Amicis-Neapel. Der Verfasser stellt die seit der Publikation von Dubreuilh veröffentlichten Fälle zusammen und fügt einen neuen Fall hinzu. Die 32jährige Frau erkrankte im fünften Schwangerschaftsmonat und starb nach zwei Monaten.

Ein Fall von multiplem Hautleiomyom, von E. A. Engel-Palermo. Es handelte sich um das Auftreten von derben Knötchen in der Haut der rechten Wange bei einem 41jährigen Manne. Sie saßen in der Kutis, die darüberbefindliche Epidermis war normal, zeigte aber einen weiß-gelblichen Glanz. Im Zentrum eines jeden Knötchens fand sich ein Haar. Mikroskopisch bestand die Hauptmasse des Knötchens aus glatten Muskelfasern.

Das Antileprol in der Behandlung der Lepra, von Alberto Serra-Cagliari. Das von Bayer fabrizierte Antileprol wird besser vertragen als das Chaulmoograöl, dessen Äthylester es darstellt. Per os konnte dasselbe bis zu 10 g pro die gegeben werden, ohne daß Magen- oder Darmbeschwerden eintraten. Und auch subkutane Injektionen von zweimal täglich 5 g machten keine Beschwerden. In allen Fällen konnte eine ganz bedeutende Besserung der Symptome konstatiert werden.

A. Gunsett-Straßburg.

Bücherbesprechungen.

Beiträge zur Naturgeschichte des Menschen. Der durch seine Forschungen über das Abstammungsverhältnis des Menschen zum Affen bekannte Berliner Physiologe **Dr. Hans Friedenthal** hat in einem umfangreichen, prächtig illustrierten Werke unter dem Sammeltitel **„Beiträge zur Naturgeschichte des Menschen"** zahlreiche Beobachtungen und Reflexionen niedergelegt, die im wesentlichen die Erforschung der menschlichen Behaarung als Ziel haben.

Das in Großfolioformat publizierte und im Verlage von Gustav Fischer in Jena in den Jahren 1908—1910 erschienene Werk gliedert sich in fünf Lieferungen. Im folgenden habe ich es unternommen, an dieser Stelle ausführlich über denjenigen Teil des Werkes zu referieren, der sich mit der menschlichen Behaarung befaßt. Es sind das die Lieferungen 1—4, während die Lieferung 5 (die „Sonderformen der menschlichen Leibesbildung" als Thema hat. Da das wissenschaftliche Material, das in dem Werke geboten wird, ein überaus reiches ist, habe ich in meinem Referat nur die wesentlichen Resultate der Forschungen und Zusammentragungen Friedenthals

Digitized by Google

aufgeführt. Um dabei den Verfasser zu seinem vollen Recht kommen zu lassen, habe ich ihn möglichst in seinen eigenen Worten berichten lassen. Die vorliegenden Ausführungen sind demnach nicht als ein kurzes Referat, sondern als ein verkürzter Bericht des Verfassers über seine Forschungen aufzufassen:

Die Beiträge zur Naturgeschichte des Menschen behandeln nur einzelne Fragen der Menschenkunde. In ihrer Gesamtheit sollen sie aber einen Beitrag liefern zu der Frage nach der Stellung des Menschen im Reiche der Lebewesen, nach dem Wege, auf welchem die menschliche Sonderform im Anschluß an die Funktion erlangt wurde und nach dem voraussichtlichen Endziel, dem die bisherige Entwicklung des Menschengeschlechts entgegenstrebt.

Das Haarkleid des Menschen ist ein Säugetierhaarkleid. So gering unsere wissenschaftlichen, namentlich unsere physiologischen Kenntnisse von der Bedeutung des Haarkleides für den heutigen Menschen auch sein mögen, der Instinkt des Naturmenschen hat seit unbekannter Vorzeit die Bedeutsamkeit des menschlichen Haarkleides für die Beurteilung der Stellung des Menschen in der Welt der Lebewesen gefühlt. Die getreue Vererbung des Haarwuchses bis in kleine Besonderheiten hinein auf die Nachkommen hat zu Versuchen geführt, allein auf Verschiedenheiten des Kopfhaarwuchses hin die Menschen in Rassen einteilen zu wollen. Noch heute gibt uns eine genaue Betrachtung des Haarkleides wertvolle Anhaltspunkte für die Erkennung von Heimatland der Vorfahren, Rassenreinheit oder Mischlingscharakter eines Menschen.

Trotz ihrer eigenen Empfindungslosigkeit stehen die Haare mit ihrer Wurzel als Gebilde der nervenreichen Oberhaut in der engsten Berührung zum Nervensystem. Durch die Nerven der Blutgefäße, welche die Haarwurzel ernähren, sind die Haare mit dem allgemeinen Nervensystem so eng verbunden, daß jede stärkere seelische Erregung in einer reflektorischen Veränderung der Haarwurzelgefäße und damit einer Wachstumsstörung der ständig wachsenden Haare ihren sichtbaren Ausdruck finden muß.

Über diesen bisher wenig beachteten Zusammenhang zwischen Seelenleben und Haarwachstum hinaus stehen die Haare in inniger Beziehung zu den Tastnerven der Haut, welche bewußte Empfindung vermitteln. Obwohl dem Menschen verwickelt gebaute Tast- oder Spürhaare fehlen, so besitzt er in seiner mit feinen Wollhärchen besetzten haararmen Haut ein äußerst empfindsames Tastorgan. Die feinen Wollhärchen wirken als Tasthebel. Kein anderes Lebewesen führt unaufhörlich eine solche Fülle von Tasteindrücken dem Zentralnervensystem zu wie der haararme Mensch. Die Höhe der Intelligenz, die Regsamkeit des Geisteslebens des Menschen stehen in enger Beziehung zu der Zahl der dem Gehirn zufließenden Erregungen und damit auch zu der Sonderstellung der menschlichen Behaarung.

Daß der Mensch nicht nur der Klasse der Säugetiere zuzurechnen, sondern unter diesen in die Ordnung Primates oder Affen einzureihen ist, folgt aus der großen Zahl von Analogien im Bau, in der Entwicklung und im Gebrauch der Organe zwischen dem Menschen und anderen Gliedern der Primatenordnung. Auf Grund von Bluttransfusionsversuchen wie auch von Versuchen mit der Bordetschen „Verwandtschaftsreaktion" mußte der Verfasser den Menschen zoologisch nicht bloß unter die Primaten (Affen) einreihen, sondern innerhalb dieser Ordnung mit den anthropoiden Affen zu einer Unterordnung „Anthropomorphae" vereinigen. Die vergleichende Entwicklungsgeschichte hatte Selenka vorher zu demselben Resultat geführt. Wenn der Mensch heute noch zur Ordnung Primates, Unterordnung Anthropomorphae, gehört, so erledigt sich die bekannte Frage, ob der Mensch vom Affen abstammt, da er alsdann heute zoologisch noch ein Primate oder Affe ist.

Je schärfer der Bau des Menschen durchforscht wird, desto mehr treten die

Digitized by Google

Besonderheiten seiner Organisation ans Licht. Der Verfasser zieht dann auch in den seiner Einleitung folgenden Kapiteln die Unterschiede zwischen Mensch und anderen Tieren, welche zu den Begriffen „Mensch" und „Tier" sowohl wie „Monsch" und „Affe" geführt haben, in Erörterung, um alle Gegensätze genau festzustellen.

Das Wollhaarkleid des Menschen. Während die übergroße Mehrzahl der Haartiere bereits vor der Geburt oder kurze Zeit nach derselben ein Haarkleid anlegt, welches der Dauerbehaarung des erwachsenen Tieres ähnelt, erreicht der Mensch im Verlaufe seines ganzen Lebens niemals einen stationären Zustand seiner Behaarung. Nur für kurze Zeit besitzt während seines intrauterinen Lebens der menschliche Fötus eine amphibienähnliche, nackte, völlig haarlose Haut, in vielen Beziehungen vergleichbar der Haut junger Froschlarven oder Salamanderlarven. Schon 60—100 Tage nach der Befruchtung zeigen sich über den Augen und sehr bald darauf auf Stirn und Oberlippe die ersten Spuren der Haaranlagen als weißliche Verdickungen der lebhaft rot schimmernden Oberfläche, aus denen nach 20—40 Tagen die ersten Wollhärchen hervorsprossen.

Nach einer zu rund 100 Jahren gerechneten physiologischen Lebensdauer des Menschen entfällt nur 0,3 %, also nur der rund dreihundertste Teil der Lebensdauer auf den gänzlich haarlosen Entwicklungsabschnitt des Menschenlebens, der eine Vorstellung von der Oberflächenbedeckung der nicht haartragenden Ahnenstufen des Menschen geben kann.

Verglichen mit dem Entwicklungszustand anderer Säugetierembryonen zur Zeit der Ausbildung der ersten Haaranlagen entwickelt der Mensch erst spät seine ersten Wollhaaranlagen. Die auffälligste Verschiedenheit der menschlichen Behaarung von der aller übrigen haartragenden Säugetiere liegt in dem Fehlen jeglicher Spür- oder Tasthaare, welche nach dem ihre Wurzel umgebenden Blutsinus auch Sinushaare genannt werden.

Haarstellung im Wollhaarkleid des Menschen. Der Mensch, mit alleiniger Ausnahme stark behaarter männlicher Individuen der haarreichen Rassen, behält zeit seines Lebens auf der überwiegenden Fläche einer behaarten Haut den Wollhaarpelz mit einer Haarstellung, wie sie für den Pelz amerikanischer Affen charakteristisch ist. Mit der Erhaltung des embryonal angelegten Wollhaarkleides bis zum Tode auf einem großen Teil der Hautoberfläche steht der Mensch nicht nur in der Ordnung der Primaten, sondern im ganzen Reiche der Lebewesen einzig da. Die Stellung der primären Wollhärchen des Menschen und der anderen Säugetiere ist für eine Ableitung der Säugetierklasse von schuppentragenden Ahnenstufen nicht zu verwenden. Je dichter der Wollpelz des Menschen, desto mehr Dreihaargruppen, die sich aus ursprünglich einfachen Haaranlagen entwickelt haben, werden angetroffen, während bei spärlichem Lanugo die Einzelhaare an Zahl weit die Haargruppen überwiegen.

Haarstrich im Wollhaarkleid. Die Richtung der Haare im Wollhaarkleid des Menschen ist bedingt durch die Lage der elastischen Elemente in der Unterhaut und in der Oberhaut. Senkrecht zur Haut sind nur einige Haare der äußeren Nase und die Wimperhaare eingepflanzt; alle übrigen Haare durchbohren in schräger Richtung die Haut.

Entgiftungsfunktion der Primärhaare. Es liegt die Möglichkeit vor, die periodischen Häutungen so vieler Tiere, das periodische Abwerfen von Geweihen und anderen Hautgebilden und so auch den in vielen Fällen periodischen Haarwechsel der Säugetiere als periodische Entgiftungen aufzufassen, durch welche sich der Organismus der beim Organstoffwechsel gebildeten Reizstoffe entledigt.

Das Haarkleid des Neugeborenen. Nach der Ausstoßung der Primärhaare,

Digitized by Google

230 Tage nach der Befruchtung, nehmen die neugebildeten Härchen des Kopfes schon im intrauterinen Leben stellenweise den Charakter des Kinderhaarkleides an, ohne ihren Wollhaarcharakter jedoch ganz aufzugeben. Die Haarfarbe des Neugeborenen variiert bereits von fast farblos durch hellblond, dunkelblond bis zu schwärzlich; auch rötlich und braune Haarfarben kommen vor.

Walzenfunktion der Wollhaare während der Geburt. Die abgestoßenen Wollhaare des Fötus bilden zusammen mit dem Sekret ihrer Talgdrüsen und abgeschilferten Epithelien die Vernix caseosa (Fruchtschmiere) des Fötus, die durch ihre Schlüpfrigkeit das Gleiten des Leibes durch den Geburtskanal unterstützt.

Verstärkung der Berührungsgefühle durch die Wollbehaarung bei Mutter und Kind. Die Wollhärchen des Neugeborenen bilden einen nicht sehr dichten, fast farblosen Flaumpelz im Gesicht und auf der gesamten behaarten Körperoberfläche und helfen mit der Sammtweichheit, welche die warme Kinderhaut bei Berührung auszeichnet, die für das Kind beinahe lebensnotwendige Zuneigung der Mutter ihrem Träger zu erwerben. Bei der Frau steht die dem Manne gegenüber bei ihr weit ausgesprochenere Verknüpfung von Geschlechtsgefühl mit Berührungsgefühl im Dienste der Erhaltung der Nachkommenschaft.

Wollhaarüberbehaarung. Selbst ein dichter Wollhaarpelz kann beim Menschen die Berührungsempfindlichkeit der Haut herabsetzen. Solche Vermehrung der Wollbehaarung findet sich schon bei Föten, häufig aber auch bei Erwachsenen an ganz bestimmten Körperstellen, so auf den Achseln, an der Ohrspitze und in der Kreuzbeingegend.

Wollhaarparasiten. Als solche sind für den Menschen aufzuführen: die Haarbalgmilbe (Acarus folliculorum) und die Hautmilbe (Sarcoptes scabiei). Von den blutsaugenden Insekten bilden nur die Pulicidae in dem Pulex irritans (Menschenfloh) und die Hautwanzen in der Acanthia lectularia (Hauswanze) speziell auf der Gattung Homo sapiens parasitierende Schmarotzer, während die Parasiten der anderen Primaten noch niemals systematisch untersucht und mit denen des Menschen verglichen wurden.

Der Inhalt der II. Lieferung beschäftigt sich mit dem Thema **„Das Dauerhaarkleid des Menschen"**. Das erste Kapitel handelt von dem „Kinderhaarkleid des Menschen".

Das Wollhaarkleid überzieht beim Menschen nur für ganz kurze Zeit einheitlich den größten Teil der Leibesoberfläche des Fötus. Es macht sich bald bei den Ersatzhaaren eine Tendenz zur Ausbildung örtlicher Verschiedenheiten des Haarwuchses geltend, an verschiedenen Stellen des Kopfes und zwar zunächst an der Stelle der Augenwimpern, der Augenbrauen und der stark behaarten Kopfhaut beginnend.

Das Kinderhaarkleid ersetzt das gleichmäßige Wollhaarkleid vom ersten Haarwechsel des Fötus an, ungefähr 168 Tage nach der Befruchtung beginnend.

Stellung der Haare im Kinderhaarkleid. Wimpern und Augenbrauen erhalten Einzelstellung der Haare, erleiden also eine Schwächung der Tendenz zur Gruppenbildung, die dem Wollhaar zukommt, die Kopfhaare dagegen weisen eine bis zur vollen Ausbildung des Kinderhaarkleides sich stetig steigernde Zunahme der Zahl der Haare in den einzelnen Haargruppen auf. Mehr als fünf Haare in einer Gruppe finden sich selbst bei stärkstem Kopfhaarwuchs nur selten.

Gestalt der Haare im Kinderhaarkleid. Augenbrauenhaare und Wimperhaare haben im Kinderhaarkleid eine sehr ähnliche Gestalt und annähernd gleiche Dimensionen, auf die bis in das reifere Lebensalter weder Rasse noch Geschlecht einen nachweisbaren Einfluß ausüben. Beiderlei Haare stellen kantige, nach beiden Enden zugeschärfte, recht gleichmäßig gebogene, elastische, aus Zellresten gebildete Horn-

Digitized by Google

stäbchen von charakteristischer Form vor. Für die Gesamtbehaarung des Menschen liegt das Maximum der funktionellen Vollkommenheit in dem Kinderhaarkleid der Frau nach Erlangung der vollen Geschlechtsreife.

Haarausfall nach der Geburt. In wenigen Stunden muß bei der Geburt ein dem Wasserleben — oder richtiger ausgedrückt dem Flüssigkeitsleben — angepaßter, zellenernährter, wechselwarmer Organismus die Umbildung zu einem warmblütigen, luftatmenden, milchgenießenden Säugetier durchmachen. Die plötzliche Steigerung des Organstoffwechsels ruft durch Bildung ungewöhnlicher Mengen von Stoffwechselschlacken eine solche Steigerung der Wachstumsgeschwindigkeit der Hautorgane hervor, daß ein allgemeiner Haarwechsel eingeleitet wird, der häufig zunächst im Verlust der Kopfbehaarung und Glatzenbildung der Kinderkopfhaut sich äußert. Für das spätere Leben kommt eine periodische Beeinflussung des Wachstums der Kopfhaare beim weiblichen Geschlecht durch Menstruation und Geburten zustande.

Dauer des Kinderhaarkleides. Zur Zeit der Pubertät ergreift das Terminal- oder Altershaar zunächst in Achselhöhle und am Schamberg beim weiblichen Geschlecht, beim männlichen Geschlecht bald darauf auch an Lippen, Kinn und Wangen Besitz von der behaarten Körperhaut, um bis zum Lebensende ständig an Terrain zu gewinnen. Im allgemeinen bleibt bei der Frau aller Menschenrassen trotz vereinzelter Terminalhaarbildung in höherem Alter an verschiedenen Körperstellen der Gesamteindruck der Kinderbehaarung erhalten.

Wuchsform der Kopfhaare im Kinderhaarkleid. Die Wuchsform der Kinderbehaarung auf der Kopfhaut bleibt bei straffhaarigen Menschenrassen sowohl wie bei Rassen mit spiralgekrausten Kopfhaaren durch die ganze extrauterine Lebenszeit die gleiche. Bei schlicht- und lockenhaarigen Menschen geht häufig der kurzgelockte Haarwuchs des Kinderkopfes in immer glatteren, schließlich nur noch wenig gerollten Haarwuchs über, und nur in seltenen Fällen beobachten wir mit zunehmendem Alter beim gesunden Europäer eine zunehmende Kräuselung der Haare.

Die Haarfarbe zeigt ein ähnliches Verhalten wie die Wuchsform. Blondes, d. h. schwach pigmentiertes Haar findet sich häufig bei jugendlichen Europäern, welche im späteren Lebensalter weit dunkler pigmentierte Kopfhaare aufweisen. Deshalb erscheint die blonde Haarfarbe als jugendliches Merkmal selbst da, wo rassenmäßig die Pigmentarmut das ganze Leben hindurch beibehalten wird.

Ergrauen der Kopfhaare. Das Ergrauen und Weißwerden der Dauerhaare des Kinderhaarkleides findet nicht an allen Hautstellen gleichzeitig und nicht bei allen Haarformen mit gleicher Häufigkeit statt. Augenbrauenhaare und Wimperhaare ergrauen oft sehr viel später als Kopfhaare, ja es können schwarze Augenbrauen einen auffälligen Kontrast zu völlig weißen Kopfhaaren abgeben. Die Haare der Kopfhaut ergrauen von allen Haaren am leichtesten.

Der Kopfhaarwuchs des Menschen in seiner Gesamtheit kann am bequemsten in die Stufen: straffhaarig, schlichthaarig, wellig, lockig, kraus und krauslockig oder spiralgekraust eingeteilt werden, wobei wir von Haaren mit rundlichem Querschnitt zu Haaren mit ovalem Querschnitt und schließlich zu immer abgeplatteteren Haaren gelangen.

Dimensionen der Kopfhaare. Die natürliche Länge der Kopfhaare des Menschen ist bei einigen Rassen bei beiden Geschlechtern unbekannt wegen der ausnahmslos geübten Sitte des Kurzschneidens. Als Maximum darf wohl eine Länge von etwa 3 m bezeichnet werden, welche bei einem Indianerhäuptling gemessen wurde, das Minimum erreicht die Länge des unverschnittenen Buschmannhaares mit nur etwa 8 cm, doch scheint es ungewiß, ob hier wirklich Haar mit allen natürlichen Spitzen oder nicht doch kurz geschnittenes Haar gemessen wurde. Das allgemein geübte Abschneiden der

Digitized by Google

Haare beim männlichen Geschlecht darf uns nicht zu dem Glauben verleiten, die Männer hätten ganz allgemein von Natur kürzere Kopfhaare als die Frauen. Daß bei ihnen die Altersverkürzung der Kopfhaare früher auftritt als beim weiblichen Geschlecht, ist sehr wahrscheinlich.

Funktion der Kopfbehaarung. Die äußere Funktion der Kopfbehaarung, die für ihre Bildung einen nicht unbeträchtlichen Energieaufwand erfordert, liegt für den bekleideten Kulturmenschen fast ausschließlich in ihrer ästhetischen Bewertung. Für den unbekleideten Menschen bildet das Kopfhaar einen wirksamen Schutz vor allzustarker Bestrahlung der Kopfhaut durch die Sonne, bildet reich ausgebildetes Haar zugleich einen Ersatz für das Fehlen eines wärmenden und schützenden Haarpelzes für große Teile der Körperoberfläche.

Parasiten des Kinderhaares. Von Parasiten beherbergt das Kinderhaarkleid auf der behaarten Kopfhaut die Kopflaus (Pediculus capitis). Ob dieser Parasit für alle Menschenrassen der Erde der gleiche ist, ist noch unbekannt.

Das Terminalhaarkleid des Menschen. Das Dauerhaar des Menschen zeigt außer dem Kinderhaarkleid noch eine zweite Wuchsform, an Haarstellung und Gestalt ungefähr so verschieden von dem ersten wie das Fellhaar der Ostaffen mit Einschluß der anthropoiden Affen von dem der Westaffen. Als Terminalhaar kann man diese Wuchsform bezeichnen, weil das Haar erst von der Zeit der Pubertät an beginnt, auf der behaarten Haut sich auszubreiten, Wollhaar und Kinderhaar verdrängend und ersetzend. Die drei Haarkleider des Menschen schieben sich zeitlich so ineinander, daß ein Auseinanderhalten nicht leichtfällt, zumal auch morphologisch alle Übergänge existieren und allmählich erst der Haarwuchs seine definitive Gestalt entwickelt.

Mit der Ausbildung von Terminalhaar in Achselhöhle und am Schamberg endet bei der Frau der haarreichen Menschenrassen für lange Jahre die Ausbreitung des Dauerhaares, und erst bei Erlöschen der Eierstocksfunktion in der Menopause, etwa 46 Jahre nach der Befruchtung, erwacht bei vielen Individuen eine neue Tendenz zur Ausbreitung des Terminalhaares.

Beim Manne folgt sehr rasch auf das Sprossen der Haare in den Achselhöhlen und am Schamberg die Verlängerung und Verstärkung der Wollhaare der Oberlippe, welche die Bartbildung einleiten.

Glatzenbildung bei Mensch und anthropoiden Affen. Unter den Haartieren finden wir nur bei Mensch und einigen Anthropoiden die Bildung einer Kopfglatze. Entsprechend der frühzeitigeren Terminalhaarausbildung bei den anthropoiden Affen ist auch die Kopfglatzenbildung bei diesen in ein viel früheres Lebensstadium gerückt.

Der Ausbildung der Kinderglatzen ist bisher noch wenig Aufmerksamkeit gewidmet worden. Die Kahlköpfigkeit in höherem Alter beruht beim Menschen auf einer eminent erblichen Veranlagung.

Frauenglatzen. Bei Europäern kommt es auch beim weiblichen Geschlecht zum Auftreten von Kahlköpfigkeit, wenn auch bisher seltener und in durchschnittlich höherem Alter als beim Mann. Da alle Faktoren, welche den Kinderhaarwuchs schwächen, zu einer Begünstigung der Kahlköpfigkeit führen, müssen wir bei zunehmender männlicher Betätigung der Frauen durch die steigende Beanspruchung des Nervensystems neben der vermehrten Bartbildung auch das immer häufigere Auftreten frühzeitiger Kahlköpfigkeit beim weiblichen Geschlecht nicht für unwahrscheinlich halten.

Haarstellung im menschlichen Terminalhaar. Während die Haarstellung des menschlichen Wollhaares neben Einzelhaaren Reihen und Gruppen von zwei und

Digitized by Google

drei Härchen aufweist, beginnt das menschliche Terminalhaar bei beiden Geschlechtern und bei allen untersuchten Menschenrassen in Einzelhaarstellung zu wachsen.

Wuchsform der Terminalhaare. Dem Wollhaar gegenüber zeichnet sich das Terminalhaar des Menschen durch die Vergrößerung aller Dimensionen, durch das Auftreten eines Markzylinders im Mittelteil des Haares, durch die stärkere Pigmentierung, durch relatives Zurücktreten der Schuppengröße, durch weit längere Lebensdauer und durch stark vergrößerte Variationsbreite aus; dem Kinderhaar gegenüber kommt das Fehlen der Sichelgestalt bei den Augenbrauen, die größere Dicke bei durchschnittlich geringerer natürlicher Länge, die Neigung zur Ausbildung ganz unregelmäßiger Querschnittsformen und die sehr unregelmäßige Lebensdauer in Betracht.

Dimensionen des Terminalhaares. Die Dimensionen des Terminalhaares schwanken in der Dicke zwischen 0,0054 und 0,025 cm, in der Länge zwischen 2 und 200 cm.

Wachstumsgeschwindigkeit der Terminalhaare. Die Wachstumsgeschwindigkeit der Terminalhaare, wie der Haare überhaupt, ist in hohem Grade abhängig von der Zahl der dem Zentralnervensystem zufließenden Erregungen.

Form der Terminalhaare. Der Wuchs des Terminalhaares zeigt ähnliche Verschiedenheiten wie der Kopfhaarwuchs, nur bedingt die größere Dicke und der unregelmäßige Querschnitt ein häufigeres Vorkommen von Drehungen des Haares. Mit Unrecht hat man die Kräuselung des Negerkopfhaares auf Stauchung und Krümmung des Haarwurzelendes bei Anstoßen an die Galea begründen wollen. Die Spiralkrausung der Haare der Achselhöhle und des Schamberges, wo jede feste Unterlage fehlt, zeigt, daß die Ursache der Kräuselung nicht in mechanischen Hemmnissen des regelmäßigen Wachstums zu suchen ist. Das Terminalhaar der melanodermen Rasse zeigt die gleichen spiral gekrausten Löckchen wie der Kopfhaarwuchs der Afrikaner, das straffe Barthaar und das zuweilen sogar straffe Schamhaar der xanthodermen Rasse erinnert an das straffe Kopfhaar der Ostasiaten. Das Dauerhaar des Menschen zeigt also im ganzen in seiner Wuchsform als Kinderhaar wie als Terminalhaar eine recht gleichmäßige Beeinflussung durch die Körperbeschaffenheit seiner Träger.

Terminalhaarausbreitung beim Weibe. Von häufiger vorkommender, überreichlicher Terminalbehaarung des Weibes in jugendlichem Alter sei des Rassebärtchens des dunkelhaarigen Zweiges der Europäer Erwähnung getan, bestehend in einem Hervorbrechen schwacher, wimperartig gestalteter Härchen über den Mundwinkeln zur Zeit der Pubertät bei sonst völlig weiblicher Terminalhaararmut des Körpers. Als sichtbarer Hinweis auf die Erlangung der geschlechtlichen Reife wirkt auch die Bildung des Rassebärtchens der Südländerinnen als wirksames Anlockungsmittel beim Verkehr der Geschlechter. Zur Zeit der erlöschenden Eierstocksfunktion in der Menopause beginnt in den meisten Fällen bei den Trägerinnen der Rassebärtchen eine Umwandlung der Mundwinkelbehaarung in ausgebildete Terminalbehaarung, welche durchaus an die Umwandlung des Kinderhaares der Augenbrauen in bartähnliches Terminalhaar erinnert.

Ursachen für die Ausbreitung des Terminalhaares. Die Ausbreitungsform des Terminalhaaares beim Menschen, die auffällige Lokalisierung des Terminalhaares in der Achselhöhle, am Schamberg und am Munde haben zu zahlreichen Erklärungsversuchen herausgefordert. Das Auftreten des menschlichen Bartes ist nicht als eine rein menschliche Besonderheit des Haarwuchses anzusehen, da wir beim Orang Utan Bärte treffen, welche wenig und hauptsächlich durch das Freilassen der Mitte der Oberlippe sich vom menschlichen Bart unterscheiden und nicht etwa nur aus Sinushaaren sich zusammensetzen. Wie beim Menschen fast bartlose Menschenrassen sich finden, z. B. einige Indianerstämme, neben so reich behaarten Rassen wie den Ainos oder den

Digitized by Google

Osteuropäern, so finden sich auch bei den Orangs und anderen barttragenden Primaten bartlose Rassen dicht neben reich mit Bartwuchs versehenen.

Bedeutung des aufrechten Ganges für die Ausbreitungsform des Terminalhaares. Durch den aufrechten Gang des Menschen wird die bei der Mehrzahl der Haartiere geschützte wärmere und daher haarärmere Vorderseite zur wetterexponiertesten Hautstrecke. Das Auftreten des menschlichen Brustfelles und der Bauchbehaarung erscheint durch den aufrechten Gang genügend gerechtfertigt, wenn Kälte, woran wir ja nicht gut zweifeln können, das Haarwachstum begünstigt. Für das Auftreten der Behaarung der Achselhöhle und der Schamgegend, die das auffälligste Sondermerkmal der menschlichen Behaarung bildet, können wir eine Kälteeinwirkung, bedingt durch den aufrechten Gang, nicht verantwortlich machen. Wir müssen die Sonderstellung des menschlichen Seelenlebens und die dadurch bedingten rein menschlichen Gefäßreflexe zu ihrer Erklärung heranziehen. Schon lange hat der Mensch versucht, das nur dem Menschen zukommende Schamgefühl mit dem Auftreten einer Behaarung in ursächlichen Zusammenhang zu bringen, welche wie ein Vorhang bestimmt zu sein scheint, die Form der Geschlechtsteile des Menschen dem Auge zu entziehen. Eine physiologische Analyse der Gefäßreflexe lehrt uns tatsächlich einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Besitz des Schamgefühles und dem Besitz der Schambergbehaarung klarzulegen.

Parasit. Das Terminalhaarkleid besitzt in der Filzlaus, Phthirius inguinalis, seinen eigenen Parasiten, der in seiner Fußbildung sich eng an die Dimensionen des menschlichen Terminalhaarkleides angepaßt hat.

Geschlechts- und Rassenunterschiede der Behaarung, Haaranomalien und Haarparasiten. In der dritten Abteilung seines Werkes beschäftigt sich der Verfasser zunächst mit den

Geschlechtsunterschieden der menschlichen Behaarung. Diese beschränken sich auf ein späteres und unvollständigeres Auftreten der Terminalbehaarung beim weiblichen Geschlecht, verbunden mit einer sehr vollkommenen Ausbildung des Kinderhaarkleides. Die Gesamtbehaarung des Weibes trägt bis zur Menopause und oft bis zum Tode denselben Charakter wie das Haarkleid des fünfzehn- und sechzehnjährigen Knaben. Bei einzelnen Russen, Indianern, Mongolen und einigen Ozeaniern kann man Männer mit unverschnittenem Haupthaar beobachten und feststellen, daß alsdann das Haar von der gleichen Länge ist wie das der Frauen. Als ausgesprochener sekundärer Sexualcharakter kann das Auftreten des Terminalhaares als Bart beim Manne, das Ausbleiben dieses Auftretens bei dem Weibe gelten. Wohl verstärkt sich zur Zeit des Hervorbrechens des Terminalhaares in Achselhöhle und auf dem Schamberge auch beim Weibe die Flaumbehaarung von Lippen und Wangen in der gleichen Weise, wie die beim Manne rudimentär bleibende Brustdrüse zur Zeit der Pubertät auch oft beim Jüngling eine Vergrößerung erfährt. Nach kurzer Zeit bleibt das Wachstum des Bartflaumes beim Weibe (der Brustdrüse beim Manne) stehen, um erst nach Verlust der Eierstockfunktion in der Menopause eine neue Tendenz zur Ausbildung stärkeren Terminalhaares erkennen zu lassen.

Die Entstehung der Geschlechtsunterschiede der Behaarung beim Menschen wird durch die Klarlegung des Zusammenhanges zwischen Funktion der Geschlechtsdrüsen mit Zwitteranlage und Ausbildung des Haarkleides noch nicht ohne weiteres verständlich. Erst der Nachweis, daß der weibliche Typus der Behaarung identisch ist mit dem des fünfzehn- bis sechzehnjährigen Jünglings, läßt erkennen, worin das Wesen des Unterschiedes zwischen Mann und Weib beim Menschen zu suchen ist. Dieser Unterschied ist nicht nur in der Behaarung, sondern im ganzen physiologischen Verhalten beim Menschen größer als bei den übrigen Säugetieren.

Digitized by Google

Zusammen mit den Geschlechtsunterschieden der Behaarung ergeben sich morphologisch der weibliche und der jugendliche menschliche Typus als identisch. Der weibliche Typus des menschlichen Seelenlebens ist ebenfalls identisch mit dem jugendlichen.

Die Rassendifferenzen der menschlichen Behaarung. Während man anfangs bei der Erforschung der Rassendifferenzen der menschlichen Behaarung nur die Krümmung des Haares und den Haarstand des Kopfhaares berücksichtigte, zu denen später noch die Berücksichtigung des Haarquerschnittes kam, machte Waldeyer (1884) darauf aufmerksam, daß die Gesamtbehaarung geschildert werden müsse, daß Bartwuchs und Körperhaar und die Geschlechtsverschiedenheiten der Behaarung noch so gut wie gar nicht eingegliedert seien.

Menschenrassen, welche zeitlebens ein Lanugohaarkleid behalten, gibt es nicht, ebensowenig Stämme, welche nur das Kinderhaarkleid zeigen, vielmehr kommt bei allen Menschenrassen Terminalhaar, allerdings in sehr verschiedenem Grade, zur Ausbildung.

Das Maximum der Terminalhaarausbildung zeigen die Australier, die Ainos und die poikiloderme (weiße) Rasse, das Minimum die Ozeanier und Indianer. Gegenüber den Osteuropäern und Ainos ist auch die Terminalbehaarung der melanodermen (schwarzen) und xanthodermen (gelben) Rasse gering. Die Variabilitätsbreite des menschlichen Haarwuchses ist um so größer, je reicher das Terminalhaar sich entwickelt.

Die natürliche Länge der Behaarung wechselt in der gleichen Weise bei den verschiedenen Menschenrassen wie die Farbe und der Haarquerschnitt. Die Variabilitätsbreite der Behaarung der afrikanischen Rassen ist die beschränkteste von allen. Nur krause Haare, niemals straffe oder selbst schlichte Haupthaare kommen bei unvermischten Afrikanern zur Beobachtung. Das entgegengesetzte Extrem in der Behaarung, nur mit einer etwas größeren Variabilitätsbreite, bietet der Kontinent von Nord- und Südamerika. Es gibt hier bei einzelnen Stämmen des nördlichen Südamerika Individuen mit leicht lockigem Haupthaar in geringer Anzahl, aber der einheitliche, straffhaarige bis schlichthaarige, rein schwarzhaarige Typus der Behaarung, der noch ärmer an Terminalhaar ist als der der Afrikaner, wird durch diese Ausnahmen nicht verwischt.

Völker vom Behaarungstypus der Urbevölkerung Amerikas bewohnen den größten Teil von Asien. Der Rassenbehaarung nach gehört Ceylon mit seiner Urbevölkerung der Weddas zu Indien oder Australien, Grönland mit den Eskimos zu Amerika. Tasmanien zeigte eine schwarzhaarige (ausgestorbene) Bevölkerung mit Haaren, welche der Schafwolle am meisten von allen Menschenhaaren ähnelten.

Abnorme Behaarung. Weit häufiger als Mangel an Haaren findet sich angeborener Überschuß an Haarbildung, die Hypertrichosis. Am meisten von allen Haarwuchsabnormitäten hat das Vorkommen von allgemeiner Wollhaarüberbehaarung, Hypertrichosis lanuginensis, Aufsehen erregt, da daß Vorkommen im Gesicht und auf dem ganzen Körper pintscherartig mit langen seidigen Haaren besetzter Menschen (sog. Hundemenschen) als Atavismus, d. h. als Rückschlag auf derartig behaarte Ahnenstufen, gedeutet wurde. Unna und Wiedersheim haben richtig erkannt, daß es sich in diesen Fällen um ein Bestehenbleiben und Weiterwachsen des Lanugohaares handeln könne, daß man also die Hypertrichosis lanuginensis als eine Hemmungsbildung auffassen müsse, da die gewöhnliche Umwandlung des Kopfhaares in Dauerhaar unterbleibe. Virchow dagegen glaubte, daß bei den russischen Haarmenschen alles Flaumhaar des Gesichtes in starkes Haar (Dauerhaar) übergegangen sei. Eine genauere Untersuchung des Löwenknaben (Lionel) im Passage-Panoptikum 1907 zu Berlin seitens Friedenthals wies hin auf die Unrichtigkeit dieser Auffassung. Fast ebenso auffällig wie die Überbehaarung der „Pudelmenschen" ist die allgemeine Überbehaarung des Dauerhaarkleides (Hypertrichosis vera), bei welcher Flaumhaar, Kinderhaar und Terminalhaar überentwickelt

Digitized by Google

sein kann bei Abwesenheit funktioneller Störungen. Es muß sehr zweifelhaft erscheinen, inwieweit die Hypertrichosis vera beim Menschen als Rückschlag auf die Behaarungsform von Ahnenstufen gedeutet werden kann. Eine glücklicherweise seltene Anomalie des Haarwuchses zeigen die Fälle von Albinismus und Scheckenbildung beim Menschen.

Blondheit stammt nicht vom Albinismus ab, sondern ist selber ein niedriger Grad von Albinismus, der Mensch stammt nicht von den Primaten ab, sondern ist selber heute noch ein Primat.

Haarparasiten des Menschen. Zwischen den Haaren beherbergt die übergroße Mehrzahl der jetzt lebenden Menschen — mindestens zeitweilig — tierische Parasiten aus dem Stamme der Insekten, und zwar besitzt jedes der drei Haarkleider des Menschen seinen eigenen Parasiten. Wir finden eine Milbenart im Wollhaarkleid und je eine besonders gebaute und dem Haarwuchs angepaßte Läuseart im Kinderhaarkleid und im Terminalkleid des Menschen. Die pflanzlichen Haarparasiten des Menschen gehören ausschließlich dem Stamme der Pilze, die Mehrzahl Schizomyzeten oder Spaltpilzen an. Zwei pflanzliche Parasiten sind Erreger wohldefinierter ansteckender Haarkrankheiten beim Menschen, nämlich Achorion Schönleinii, der Erreger des Favus, und Trichophyton tonsurans, der Erreger des Herpes tonsurans und der Sycosis parasitaria.

Von tierischen Parasiten lebt ein zu den Milben gehörendes Gliedertier, Demodex folliculorum, in den Haarbälgen, namentlich in den Talgdrüsen des Wollhaares des Menschen, ohne erhebliche Entzündungen oder sichtbare Veränderungen hervorzurufen.

Von den beiden haarbewohnenden Läusearten des Menschen lebt Pediculus capitis nur im Kopfhaar, Pediculus vestimenti vorzugsweise in den Kleidern und hält sich nur zeitweilig auf der Haut und zwischen den Haaren der Menschen auf.

Im Terminalhaar des Menschen findet sich die Filzlaus.

Erkrankungen der Haare und der haartragenden Haut des Menschen. Vorübergehende Störungen der Haut und ihrer Anhangorgane werden in der Regel auch nur durch vorübergehende Abweichungen der Funktion und des Wachstums beantwortet, bei dauernden Störungen entstehen Veränderungen, welche man als Krankheiten der Haare und der Haut bezeichnen muß. Hier sei zunächst genannt das Defluvium capillorum und die Alopecia symptomatica, die zur vorzeitigen Glatzenbildung, Calvities praematura, führen können. In den weitaus meisten Fällen von beträchtlicher Glatzenbildung in jüngeren Lebensaltern ist Infektion mit Syphilis die Ursache. Mangelhafte Sekretion der Talgdrüsen führt zur Asteatosis, bei welcher das Haar glanzlos und brüchig, die Haut trocken und schuppig erscheint, weit häufiger aber sind die Fälle von übermäßiger Sekretion der Talgdrüsen, welche zur übermäßigen Einfettung der Haare Veranlassung gibt. Eine andere Form der Hypersekretion der Talgdrüsen der Lanugohaare bilden die Komedonen oder Mitesser. Nervenschwäche bei Onanisten ist sehr häufig mit Hypersekretion der Talgdrüsen der Kopfhaare und mit Komedonenbildung der Wollhaare des Gesichts, namentlich der Nase, verbunden. Das Molluskum stellt eine Erweiterung und Vergrößerung der Talgdrüsen durch Sekretstauung dar, wobei die Drüsen nach außen gedrängt werden und gestielte Wucherungen auf derber Wandung bilden können. Bleibt die gestaute Talgdrüse unter der Haut liegen, so kann es zum Atherom, zur Grützbeutelbildung, kommen.

Weit harmlosere Bildungen sind die Milien oder der Hautgries. Das Milium besteht aus einer Ausdehnung der Oberhaut durch vergrößerte Talgdrüsen, in deren Inneren eine abnorme Zahl von konzentrierten Epithelien sich finden.

Ferner verdienen noch zwei Erkrankungen des Haares selber, die Trichoptilosis oder abnorme Spaltbarkeit des Haares und die Trichorrhexis nodosa oder Piedra, Erwähnung.

Digitized by Google

Der Schilderung der Krankheiten der Haare läßt der Verfasser in der IV. Lieferung seines Werkes Untersuchungen über **„Entwicklung, Bau und Entstehung der Haare"** folgen. Ihnen schließt sich ein ausführliches Verzeichnis über die „Literatur über Behaarung" an.

Entwicklung und Bau der Haare. Aus den einfachsten Anfängen heraus, nämlich einer schnelleren Vermehrung und Richtungsänderung einer geringeren Zahl von Zellen, der Keimschicht der Epidermis, baut sich allmählich durch fortgesetzte Zellteilungen und Änderung des Zellchemismus das ganze in die Tiefe der Unterhaut versenkte Organ (Gesamthaar nach Waldeyer) auf, mit seiner bindegewebigen Tasche und Papille, mit seinen Drüsen, Nerven, Muskeln, Blutgefäßen und Lymphwegen. Erst wenn die Oberhaut der Säugetierembryonen eine gewisse Differenzierung erlangt hat, bemerken wir den Beginn der Haarentwicklung.

Der Verfasser läßt nun eine detaillierte Beschreibung der Haarentwicklung folgen.

Was den Bau des Haares anbetrifft, so seien nur kurz folgende Angaben des Verfassers hervorgehoben: Der Markzylinder fehlt bei allen Primärhaaren des Menschen, auch bei zahlreichen Kopfhaaren und Tierhaaren, die Kutikula fehlt dem untersten Haarende kurz vor dem Ausfallen, so daß an dieser Haarstrecke der Haarschaft nur noch aus Rindensubstanz besteht. Der Markzylinder fehlt dem Spitzenteil aller Haare sowie in der Regel deren Wurzelende vor dem natürlichen Ausfallen, so daß also häufig nur der mittlere Haarabschnitt, der allerdings den bei weitem größten Teil der Länge einnimmt, markhaltig gefunden wird.

Die Wimpern und die Sinushaare der Säugetiere zeigen entsprechend der überall gleichen Funktion auch einen annähernd gleichen Bau.

Das ausgezeichnetste Charakteristikum des Haarmarkes ist der hohe Luftgehalt in dem eigentlichen Haarschaft. Nahe dem Haarknopf befindet sich Flüssigkeit (Lymphe) zwischen den Markzellen, welche an der Luft austrocknet und durch Luft ersetzt wird.

Beglaubigte Fälle von plötzlichem Ergrauen durch Schreck beim Menschen mit starker Luftentwicklung in der Rindensubstanz und Marksubstanz weisen darauf hin, daß auf bisher noch nicht aufgeklärtem Wege das ausgebildete Haar noch Veränderungen seines Aussehens und seines Baues durch Lufteintritt zwischen die Haarzellreste oder durch Gasentwicklung im Haarinnern erleiden kann. Außer der Luft, welche dem Markzylinder bei Betrachtung mit durchfallendem Licht eine dunkle Färbung verleiht, kann auch Pigment im Markzylinder des Haares enthalten sein. Die Querschnitte des Markzylinders können sehr unregelmäßig, selbst kanneliert sein, im allgemeinen überwiegen aber ovale oder rundliche Markzylinder.

Die zweite Haarschicht ist die Rindenschicht, welche bei allen Haaren sich findet und bei der Mehrzahl der Haare den Hauptteil der Haarsubstanz ausmacht.

In den Haaren finden sich flüssige und feste Pigmente. Die flüssigen sollen den Menschenhaaren eine hellgelbe bis hellrote Eigenfarbe verleihen. Die festen wechseln in ihrer Nuance nur zwischen hellgelb bis tiefschwarz in allen Schattierungen von Braun und erzeugen trotzdem die systematisch kaum zu bändigende Variabilität der Haarfarben, die wir bei den Säugetieren antreffen.

Die äußerste Zellenschicht der Haare, das Oberhäutchen oder die Kutikularschicht besteht im freien Haarschaft nur noch aus anscheinend kernlosen, verhornten Schüppchen, welche dachziegelförmig gestellt dem Haarrand ein gezähneltes Aussehen verleihen.

Die Schuppengröße und Schuppenanordnung sind wichtige Charakteristika der Haare. Die Dauerhaare des Menschen besitzen in allen Rassen und bei beiden Geschlechtern breite, dicht anliegende niedrige Schuppen.

Die Entstehung des Haarkleides. Alle Säugetiere, mit Ausnahme einiger

Digitized by Google

Wale, besitzen Haare von annähernd gleichem Bau und gleichem Entwicklungsgange, kein anderes Wirbeltier trägt eine Hautbedeckung, welche uns zu präzisen Vorstellungen über eine allmähliche Herausbildung eines Haarkleides bei dem Säugerstamm verhelfen könnte. Paläontologische Funde, welche diese Lücke ausfüllten oder auch nur verengten, sind bisher nicht gemacht worden. In dem Versuche von Maurer, die Entstehung der Haare aus Hautsinnesorganen (Geschmacksknospen) wasserbewohnender Wirbeltiere (Proamphibien) abzuleiten, besitzen wir die einzige physiologisch verständliche Hypothese von der Entwicklung des Haarkleides der Säugetiere.

Haare, Federn, Zähne und Schuppen bieten in ihrem Entwicklungsgange und in ihren Fuktionen bei sehr differenter Endform eine solche Fülle von Homologien, daß eine gleichartige Entstehungsursache dieser Hautanhangsorgane von vornherein mehr Wahrscheinlichkeit für sich hat als die gesonderte Ableitung jeder dieser Kategorien. Halten wir daran fest, daß die Bildung aller Hautorgane auf lokale Wachstumsbeschleunigung nervenhaltiger Hautstrecken durch häufige Reizungen von Nervenendorganen zurückzuführen ist, so verliert die Beobachtung der Kombination verschiedener Hautbildungen miteinander alles Befremdende.

Am Schlusse der Ausführungen ist es gerechtfertigt, über den illustrativen Teil des Werkes noch einige Worte zu verlieren. Lieferung 1—3 sind mit einem Illustrationsapparat von zusammen 22 farbigen und 14 schwarzen Tafeln ausgerüstet, während Lieferung 4 einen Atlas von Menschenhaaren in 7 farbigen Tafeln enthält. Verfasser und Verlag haben keine Mühe und Kosten gespart, um das Werk in ausgezeichnetster Weise illustrativ auszustatten. Das Friedenthalsche Werk über die menschliche Behaarung dürfte in seiner monographischen Form die Grundlage für alle späteren Untersuchungen auf diesem Gebiete abgeben. Dr. Alexander Sokolowsky-Hamburg.

Das Haupthaar und seine Bildungsstätte bei den Rassen des Menschen, von Gustav Fritsch-Berlin. Mit 30 Foliotafeln und einer Figur im Text. (Georg Reimer, Berlin 1912.) In seinem in Großfolioformat erschienenen und seinem Freunde, Professor Wilhelm Waldeyer, gewidmeten Werke veröffentlicht Fritsch umfangreiche Studien über das Kopfhaar des Menschen, die im Jahre 1881 begonnen und bis auf den heutigen Tag fortgeführt wurden.

In seiner „Einleitung" betont der Verfasser, daß die meisten Anthropologen des vorigen Jahrhunderts, namentlich Huxley und auf ihn gestützt auch Haeckel, den von dem Haupthaar entlehnten Merkmalen bei der Rassenunterscheidung einen hervorragenden Wert beilegten, während es in neuerer Zeit üblich geworden ist, auf diese Vergleichungen mit einer gewissen Geringschätzung herabzusehen. Die absprechenden Herrn haben vergessen oder nicht berücksichtigt, daß es sich dabei um Rassenmerkmale handelt und es daher unzulässig ist, für das Auftreten derselben eine Konstanz des Vorkommens zu verlangen, welche unter dem Zeichen der herrschenden Abstammungslehre nicht einmal den Merkmalen einer sogenannten guten Art der Systematiken zukommt. Zur Feststellung von Rassenmerkmalen gehört nicht der Nachweis, daß sie bei einer zu unterscheidenden Rasse ausnahmslos vorkommen, sondern es genügt, aus einer möglichst langen Reihe von Einzelbeobachtungen sich ein Urteil darüber zu bilden, was im besonderen Falle als typisch betrachtet werden darf, und sich so, aus einzelnen Zügen zusammengesetzt, ein Gesamtbild der zu unterscheidenden Rasse zu umgrenzen. Die Abweichungen davon, gleichviel wie massenhaft oder spärlich sie auftreten, sind nur der Beweis, daß es sich tatsächlich um Rassenmerkmale und nicht um Artmerkmale handelt und das Studium derselben wichtige Aufschlüsse über das Wesen der Rassen, sowie das Entstehen und Vergehen derselben darbieten kann.

Digitized by Google

In seinem ersten Kapitel behandelt der Verfasser in eingehender Weise die „Histogenetische Bedeutung der Elemente des Haares". Obwohl die Entstehung und der histologische Aufbau des Haares in umfangreichen, verdienstvollen Veröffentlichungen eingehend beschrieben und abgebildet wurden, worunter die von Waldeyer, Unna, Kölliker und v. Ebner wohl an erster Stelle zu nennen sind, gibt der Verfasser dennoch, um das Verständnis seiner Vergleichungen zu erleichtern, eine zusammenhängende Darstellung der dabei in Frage kommenden Vorgänge.

Der Prozeß der Haarbildung hat, wie sich schon aus dem Auftreten der embryonalen Haarkegel im Epithel kundgibt, in seiner gesteigerten Vitalität der Zellvermehrung eine gewisse Beharrlichkeit, die im Resultat zu einer Durchbrechung der gewöhnlichen Schichtung unter starker Umwandlung der das Haar konstituierenden Elemente führt, welche sich in besonderer Gruppierung zum Haar zusammenschließen. Alle Elemente des Haares haben daher als umgewandelte Epithelzellen einen einheitlichen Ursprung.

Die überraschende Vitalität des „Einwandern des Pigmentes in das Haar" macht sich besonders bei der hier vor sich gehenden Zuführung oder Resorption von Pigment geltend. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß gar nicht so selten Fälle beobachtet werden, wo das Pigment aus den Haaren in ganz kurzer Zeit auf irgend eine äußere, zufällige Veranlassung hin verschwindet.

Das Ergrauen der Haare im Alter, was bekanntlich auf zwei verschiedenen Ursachen beruhen kann, nämlich dem Verschwinden des Pigmentes in der Haarsubstanz oder dem Lufteintritt in die Markzellen, wo solche vorhanden sind, gibt ebenfalls die Möglichkeit, den Pigmenteintritt in das Haar auf dem Bulbus genauer zu studieren. Ganz unabhängig von dem gewöhnlichen, körnigen Pigment der Haare ist der gelegentlich erscheinende diffuse Farbstoff derselben. Eine leicht gelbliche Farbe ist der Haarsubstanz im allgemeinen eigen, wie sie andere Hornsubstanzen auch zu zeigen pflegen; sie wird sich also auch an Haaren darbieten, in denen körniges Pigment nicht zur Beobachtung kommt. Der diffuse rötliche Farbstoff, wie derselbe in verschiedenen Nuancen auftritt, steht mit einer individuellen Anlage in Zusammenhang, welche auch andere Erscheinungen im Körper hervorruft. Tritt der diffuse rötliche Farbstoff gewöhnlich nur bei blonden, schwach pigmentierten Personen auf, so ist dies doch nicht ausschließlich der Fall, da gelegentlich rothaarige Individuen auch bei sonst brünetten Familien angetroffen werden, wie z. B. unter der jüdischen Bevölkerung. Das Gesamtbild der Merkmale nähert die Rothaarigkeit etwas dem wirklichen Albinismus, wo die Pigmententwicklung im Körper vollständig darniederliegt.

Die Bildung sowie das weitere Schicksal des Haares hängt offenbar an erster Stelle von der „Haarpapille" ab, auf der es entsteht. Ist die Papille histogenetisch den gewöhnlichen Papillen der Lederhaut gleichwertig und nur durch die höhere Vitalität ausgezeichnet, so liegt die Vermutung nahe, daß gelegentlich auch mehrere benachbarte Papillen in der Haarbildung konkurrieren können. Gerade bei den mit ausgeprägten Rassemerkmalen ausgestatteten Haaren pflegt auch die Papille sich durch die Besonderheit der Gestaltung auszuzeichnen.

„Die Lebensperioden des Haares." Ist das Haar, wie erwähnt, ein auf der Papille entstehendes Produkt des wuchernden Epithels, so werden sich seine Schicksale ähnlich gestalten wie die anderen auf Papillen wuchernden Epithelteile der äußeren Haut, welche einem langsam fortschreitenden, stetigen Wechsel unterliegen. Der Haarwechsel ist somit schon in der histogenetischen Natur der Haare begründet.

„Die Verwertung der Haarbildung zur Rassenunterscheidung im allgemeinen." Wir sind überzeugt, daß für jede Rasse eine gewisse Schädelform typisch ist, und können doch nicht umhin, gelegentlich sehr auffallende Abweichungen

Digitized by Google

davon zu konstatieren. Es wäre sehr auffallend, wenn die Haarformation allein sich diesem somit allgemein gültigen Gesetze der Variabilität entziehen sollte, was bekanntlich nicht der Fall ist, wie wir täglich durch Vergleichungen an Individuen derselben Familien sehen können.

„Die Präparationsmethode." Es bewährte sich folgende Vorschrift ihrer Einfachheit und Verständlichkeit wegen am besten: An der möglichst frischen Leiche wurde auf dem Scheitel von der Stirn aus durch zwei parallel geführte Schnitte ein Hautstreifen von 1 cm Breite getrennt und in einer Gesamtlänge des behaarten Teils von 10 cm mit der Galea abgetragen. Der Hautstreifen wurde alsdann durch zwei quere, die Galea nicht durchtrennende Schnitte in drei etwa 2 cm lange Stücke zerlegt und das Präparat in reichlicher, mehrfach gewechselter Flüssigkeit gehärtet. Anfangs wurde eine 24stündige Behandlung mit Jodalkohol vor der Müllerschen Lösung in Anwendung gebracht. In letzter Zeit bot sich das neuerdings beliebt gewordene Formol (10 %) zur Konservierung.

Zur Fertigstellung der Präparate benutzte der Verfasser Zelloidindurchtränkung, nachdem die Stücke mit Rücksicht auf die Einpflanzung der Haare oberflächlich orientiert waren. Die Schnitte wurden in drei bestimmten Richtungen gewonnen: 1. Flachschnitt der Haut, möglichst parallel der Oberfläche. 2. Schrägschnitt durch die Haut, der so orientiert sein sollte, daß die austretenden Haare möglichst senkrecht getroffen wurden, um richtige Querschnitte derselben innerhalb der Wurzelscheiden zu erreichen. 3. Senkrechter Durchschnitt der Haut, tunlichst in der Richtung austretender Haare, so daß dieselben im günstigen Falle als Längsschnitte im Präparat erscheinen.

Die Körperhaare, Bart, Achselhöhle, Schamhaare und Zilien verlangten häufig gesonderte Behandlung. Es kommt noch hinzu, daß viele Rassen gar keinen Bart tragen, viele tatsächlich nur eine dürftige Anlage dazu überhaupt haben, daß bei der Vergleichung das weibliche Geschlecht so gut wie vollständig ausfallen müßte, und die Beschaffung des Haarbodens für die Untersuchung mit einer selten zu erreichenden Verstümmelung des Gesichts verbunden wäre. Der Verfasser gibt nun eine auf eingehenden langjährigen Studien beruhende umfassende „Vergleichende Übersicht der Haarbildung bei den wichtigsten Rassen".

Diese Ausführungen werden durch eine große Zahl von ausgezeichneten Abbildungen nach photographischen Aufnahmen illustriert.

Seine Haarvergleichungen ergaben im wesentlichen folgendes Resultat:

Die große Mannigfaltigkeit der Haarbildung bei den einzelnen Rassen des Menschen gibt die Möglichkeit, sie bei der Unterscheidung von solchen mit Vorteil zu benutzen, wenn man der individuellen Variation gebührend Rechnung trägt. Die Besonderheiten der Haartracht sind größtenteils schon durch die Besonderheiten der Anlage bedingt, wobei die Gestalt des Haarbalges und der Papille, sowie die Art der Einpflanzung in die Haut eine wichtige Rolle spielen. Straffe, schlichte oder leicht gelockte Haare kommen aus gestreckten Scheiden und sind häufig fast senkrecht zur Hautoberfläche eingepflanzt, doch steht dies Merkmal stark unter dem Einfluß der individuellen Variation.

Der Querschnitt solcher, aus gestreckten Scheiden gerade austretenden Wurzeln ist als Regel rundlich; seitlicher Druck der Haare gegeneinander oder von der Oberfläche her veranlaßt, daß der Querschnitt eine leicht ovale Form annimmt.

Stark gekrauste oder spiral gedrehte Haare kommen aus gekrümmten Wurzeln, deren tiefste Abschnitte mehr oder weniger flach gegen die Hautoberfläche gelagert sind, während die zugehörigen Papillen die aufrechte Stellung meist beibehalten. Aus

Digitized by Google

solchen gekrümmten Wurzeln hervorgehende Haare zeigen einen ovalen oder nierenförmigen Querschnitt, und zwar sind die feineren häufig mehr abgeglättet als die stärkeren.

Die Papillen solcher Haare sind wechselnd gestaltet, im Querschnitt zuweilen ebenfalls oval oder nierenförmig, in anderen Fällen rundlich; selten sind sie geteilt, eine Doppelpapille bildend. Von den zur Vergleichung herangezogenen Rassen haben die Chinesen das straffste, kräftigste Haar mit tief eingepflanzten, gestreckten Wurzeln, die Hottentotten die am stärksten gekrümmten, wenig tief eingerückten Haarwurzeln. An die ersteren schließen sich die Amerikaner an mit straffen Haaren von rundlichem Querschnitt; zu den letzteren gehören die afrikanischen und pelagischen Nigritier mit ovalem oder selbst nierenförmigem Querschnitt der Haare.

Gemischte Rassen verraten sich durch die wechselnden Merkmale ihrer Haarbildung, besonders auch des Haarquerschnittes.

Auch die auffallend verschiedenen Hautdrüsen erlauben Rückschlüsse auf die Rasse. Die stärkste Ausbildung der Talgdrüsen findet sich bei den nigritischen Völkern, bei denen auch die Schweißdrüsenentwicklung jedenfalls nicht unbedeutend ist. Die braunen Rassen haben eine viel schwächere Entwicklung der Drüsen, von denen die Talgdrüsen oft einen rudimentären Charakter annehmen. Es deutet dieser Umstand auf spezielle Anpassungen der Haut an die Funktion mit Rücksicht auf die Anforderungen des Klimas.

Die Arrectores pilorum gewinnen, obwohl sie meist zur Unterstützung der Talgdrüsenentleerung angeordnet sind, häufig eine auffallende Selbständigkeit sowohl hinsichtlich ihrer Anordnung als auch der Stärke.

Allgemeine Regeln über die Ausbildung von Mark in den Haaren lassen sich nicht aufstellen. Mindestens zwei Drittel sämtlicher zur Beobachtung kommenden Kopfhaare sind marklos.

Das aus der Papille durch den Lymphspalt (Papillenmantel) in die Haarwurzel übertretende körnige Pigment lagert sich hauptsächlich zwischen die äußeren Haarfasern ein. Das diffuse Pigment der roten Haare durchtränkt die Haarsubstanz.

Die aufgeführten Vergleichungen beziehen sich nur auf das Haupthaar, und zwar wurde stets die Scheitelregion über der Stirn gewählt. Der üble Einfluß des ungleichen Untersuchungsmaterials macht sich besonders bei dem Versuch geltend, die Ergebnisse der schönen Untersuchungen von Unna mit denen des Verfassers in vollständige Übereinstimmung zu bringen.

Am Schlusse seiner Ausführungen wendet sich der Verfasser gegen die Auffassung Göttes und anderer Verfasser, nach denen das Hottentottenhaar (sog. Buschweib Afandy) als Unterhaar anzusprechen sei, während alle anderen Rassen Oberhaar trügen. Will man die angedeutete Unterscheidung von Ober- und Unterhaar, wie sie durch das Studium von Körperhaaren der Tiere festgestellt wurde, auch für das Kopfhaar des Menschen festhalten, so hat man an die oben als Ersatzhaare bezeichneten feinen, marklosen Gebilde zu denken, welche in wechselnder Zahl zwischen den Papillen und Kolbenhaaren gefunden werden.

Bemerkenswerterweise fand der Verfasser gerade bei einer sehr niedrig stehenden Bevölkerung, bei dem Haarboden eines Australiers, solche Wollhärchen zwischen den normal starken in auffallender Zahl. Wer ein Freund vom Aufsuchen der Tierähnlichkeiten beim Menschen ist, kann, nach des Verfassers Meinung, dies Vorkommen für seine Anschauungen verwerten.

Der Inhalt des in seinen Grundzügen hier geschilderten Werkes bietet eine solche Fülle von Einzelbeobachtungen, die zu allgemeineren Erörterungen anregen und zu

Digitized by Google

weiteren Forschungen aufmuntern, daß die Wissenschaft dem Verfasser besonderen Dank schuldig ist, eine so ausgezeichnete und grundlegende Arbeit veröffentlicht zu haben. Die moderne Haarforschung ist damit in der glücklichen Lage, zwei Werke von hohem wissenschaftlichem Werte zu besitzen, die Anlaß zu weitgehenderen Forschungen geben werden, denn außer dem hier besprochenen Haarwerk von FRITSCH kommt hierbei noch der große FRIEDENTHALsche Haaratlas in Betracht. Beide Werke ergänzen sich. Während FRIEDENTHAL im wesentlichen die „Haarhaut" behandelt, hat FRITSCH sich in seinen Untersuchungen auf das Kopfhaar beschränkt.

Dr. A. Sokolowsky-Hamburg.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Salvarsan bei Chorea von Sydenham, von PIERRE MARIE und CHARLES CHATELIN. (Bull. méd., 1912, Nr. 98.) Die Verfasser haben 25 Fälle dieser Krankheit mit 3—4 intravenösen Injektionen von 0,2—0,6 Salvarsan behandelt. In 3—4 Wochen trat regelmäßig Heilung ein. In 8 Fällen wurde die WASSERMANNsche Probe vorgenommen, doch fiel sie negativ aus. Die Verfasser glauben daher nicht, daß die Syphilis ätiologisch in Betrachtung komme; die gute Wirkung von Salvarsan dürfte mehr allgemein roborierend sein. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Notwendigkeit, einen Syphilitiker über seinen Zustand aufzuklären, von Ch. FOUQUET. (Bull. soc. franç. de prophyl. san. et morale, 1912, Nr. 7.). Verfasser bespricht in einem interessanten Vortrage die schwierige Frage, ob man Syphiliskranke stets und unbedingt über ihren Zustand aufklären soll. Er bringt Fälle, in denen es allerdings wünschenswert erschiene, die Patienten (besonders um Frauen handelt es sich) im unklaren über ihren Zustand zu lassen. Aber Verfasser sieht weiter; er bespricht die Eventualitäten, die sich bei einer solchen Frau einstellen können und meint, daß sie früher oder später einmal dem Arzte es vorwerfen könne, daß er sie in Unkenntnis über ihre Krankheit gelassen hat. Er kommt also zu dem Schlusse, daß es stets angezeigt ist, dem Kranken die Diagnose zu sagen, damit er sich selbst gut behandeln lassen kann und damit er die Ansteckung anderer vermeidet. Natürlich soll diese Aufklärung in schonender Weise erfolgen, und es sollen die Patienten selbst auf die Diagnose hingeleitet werden. Bei Frauen, die von ihrem Manne angesteckt sind, ist es wichtig, die Schuld bzw. Unschuld des lezteren ins richtige Licht zu stellen, zu sagen, daß auch extragenital Syphilis erworben werden könne usw. Richard Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Prof. GEORGE THOMAS JACKSON tritt vom Lehramte der Dermatologie an der Columbia University in New York, welches er durch 31 Jahre, seit seiner Assistentenzeit, bekleidet hatte, zurück.

Prof. RUDOLF FRANK, Vorstand der III. chirurg. Abteilung des Wiener Allg. Krankenhauses, ist gestorben. Er war Mitarbeiter von MRAČEKS Handbuch der Hautkrankheiten.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

15. März 1913 | Nr. 11 | Band 56

Aus der dermatologischen und venereologischen Klinik der Kgl. Universität Turin.
(Vorstand: Prof. S. Giovannini.)

Über einige Modifikationen der Färbungsmethode des Treponema pallidum mit ammoniakalem Silbernitrat.

Von

Dr. Artur Fontana, Oberassistent.

(Übersetzt von Dr. med. K. Rühl-Turin.)

Ich habe im vorigen Jahre eine neue Methode zur raschen und intensiven Färbung des Treponema pallidum und andrer Spirochäten bekannt gemacht[1]). Tribondeau[2]) hat die Vorzüge meines Verfahrens anerkannt und einige wichtige Modifikationen vorgeschlagen. Ich habe meinerseits eine Reihe von Versuchen angestellt, um die Methode zu verbessern respektive zu vervollkommnen.

Die Technik, die ich gegenwärtig mit ausgezeichneten Resultaten anwende, ist folgende:

1. Das zu untersuchende Material (Reizserum) wird mit einem Tropfen Wasser verdünnt und an der Luft getrocknet.

2. Auf das lufttrockene Präparat gießt man einige Tropfen der von Tribondeau zur Fixierung und Deshämoglobinisierung der Ausstriche vorgeschlagenen Hugeschen Lösung A, welche folgendermaßen zusammengesetzt ist:

Lösung A: Essigsäure 1 ccm, 40%iges Formol 2 ccm, dest. Wasser 100 ccm.

Diese Lösung wird auf dem Präparate im Laufe einer Minute mehrmals erneuert.

Selbst wenn es sich um reines, blutfreies Reizserum handelt, ist die Behandlung des Präparates mit der Hugeschen Lösung unentbehrlich, um einen wenig gefärbten oder gar farblosen Grund zu erzielen, auf welchem die Treponemen deutlich hervortreten.

---

[1]) Diese Zeitschr., 1912, Bd. 54, Nr. 32, S. 1003 und Pathologica, 1912, Nr. 94.

[2]) M. Tribondeau, Diagnostic microscopique du chancre induré. Nouveau procedé rapide de coloration des spirochètes. Bull. de la soc. franç. de derm., 7. November 1912.

Digitized by Google

3. Das Präparat wird während einiger Sekunden unter fließendem Wasser gespült und dann in der Weise gebeizt, daß man einige Tropfen folgender

Lösung B: Karbolsäure[1]) 1 g, Gerbsäure 5 g, dest. Wasser 100 g darauf gießt und während etwa 20 Sekunden, d. h. bis zur Entwicklung schwacher Dämpfe, leicht erwärmt. Darnach 30 Sekunden langes Spülen unter fließendem Wasser.

4. Man übergießt das Präparat mit einigen Tropfen folgender

Lösung C: Silbernitrat 0,25 g, dest. Wasser 100 g, flüssiger Ammoniak q. s.[2]), erwärmt wieder schwach während 20—30 Sekunden, spült und trocknet mit Fließpapier ab.

Den Gehalt an Silbernitrat habe ich von 5 auf 0,25 % herabgesetzt, weil man so eine intensive Färbung der Treponemen erzielt und zu gleicher Zeit die Bildung von Präzipitaten vermeidet.

Will man das Präparat konservieren, so geschieht die Einbettung in mit Xylol gelöstem Kanadabalsam; durch Zedernöl wird das Präparat in wenigen Tagen entfärbt.

Aus der Praxis.

Über die Behandlung des Trippers und ihre häufigsten Fehler[3]).

Von

Dr. Franz v. Veress,

Privatdozent für Dermatologie in Klausenburg.

Die Fortschritte, welche die Therapie der drei Geschlechtskrankheiten, der Syphilis, des Trippers und des weichen Schankers, gemacht hat, sind kaum zu vergleichen. Der weiche Schanker wird heute fast ebenso behandelt wie vor einem Menschenalter; ein spezifisches Heilverfahren gegen den Unnaschen Streptobazillus ist nicht entdeckt worden, und auch heute noch wissen wir kein besseres Heilmittel dagegen, als den alten bewährten Blaustein. Ganz anders stehen wir der Syphilis gegenüber. Ein Hinweis darauf ist eigentlich überflüssig, denn es ist ja allgemein

---

[1]) Der Zusatz von Karbolsäure soll die Entwicklung von Schimmelpilzen in der Lösung verhindern.

[2]) Der Ammoniak muß tropfenweise zugesetzt werden; zuerst entsteht ein Präzipitat, welches sich aber, wenn man weiteres Alkali zusetzt, wieder gänzlich löst. Um eine gute Färbung zu erzielen, muß man die Lösung nicht überschüssig alkalisieren; man muß infolgedessen nach Wiederauflösung des Präzipitates wieder einige Tropfen der 0,25 %igen Silbernitratlösung, bis die Flüssigkeit leicht opaleszent wird, zusetzen.

[3]) Vortrag gehalten am 30. Mai 1912 in der Sitzung des Siebenbürgischen Museum-Vereins zu Kolozsvár (Klausenburg).

Digitized by Google

bekannt, welche unvergleichlichen Fortschritte nach langem Stillstand die letzten sieben Jahre auf dem Gebiete der Ätiologie, der Diagnose und Therapie der Lues mit sich gebracht haben. Im Vergleich hierzu muß man die Fortschritte, welche die Behandlung des Trippers gemacht hat, sehr langsam nennen. 33 Jahre sind vergangen, seit Neisser den Gonokokkus entdeckte, und 25, seit es Bumm gelang, ihn zu züchten und zu überimpfen. Das alte adstringierende und antiphlogistische Heilverfahren ist längst aufgegeben, und seit mehr als 20 Jahren arbeiten wir teils mit antiseptischen Mitteln, teils mit Irrigationen; wir verwenden zahlreiche vorzügliche Instrumente, welche die einzelnen Teile der Harnröhre dem Auge zugänglich machen und eine gesonderte Behandlung der einzelnen Partien unter der Kontrolle unserer eigenen Augen ermöglichen; die Urologie stellt uns zahlreiche Hilfsmittel zur Verfügung — und was ist das Resultat von alledem? Die Therapie der Gonorrhöe ist auf ganz modernen Grundlagen aufgebaut, und trotzdem plagen wir uns in schweren und hartnäckigen Fällen manchmal monatelang, bis eine endgültige Heilung erreicht wird. Aber schließlich ist ja das bei jeder Krankheit so, gegen die uns keine sicher wirkende spezifische Therapie bekannt ist. Die Ursachen der Hartnäckigkeit sind teils in der Natur der Erkrankung, in den Verhältnissen, teils in dem Verhalten der Kranken und oft genug in den Ärzten selbst zu suchen.

Wenn die Behandlung des Trippers nicht immer den erwarteten raschen und sicheren Erfolg zeitigt, so ist daran in erster Reihe ein großer Teil der Patienten selbst schuld. Sie nehmen die Erkrankung nicht ernst genug und versuchen es erst mit repetierten, ausgeliehenen Rezepten oder fragen einen Apotheker um Rat und wenden sich erst dann an den Arzt, wenn die Schmerzen unerträglich werden. Solche Kranke verschaffen sich dann, wenn sie ein-, zweimal fachkundig behandelt wurden, die nötigen Instrumente, und beim nächsten Tripper hantieren sie eigenhändig mit Irrigatoren, Spritzen oder mit Guyon- oder Ultzmann-Katheter; und da sie oft die Prostatamassage für einen integrierenden Bestandteil der Tripperbehandlung ansehen, kommt es vor, daß sie sich selber Eigenmassage ausüben, was mir Patienten nachher schon oft eingestanden haben. Solche, die ohne ärztliche Hilfe mit Kreidestaub und Hanfsamen in Bier und ähnlichen gepantschten Medikamenten und Hausmitteln jeden Tripper zu Hause heilen, sind jedem von uns aus der Praxis bekannt. Ich war einmal Ohrenzeuge, als ein älterer Architekt im Eisenbahnkoupee sich damit brüstete, auf diese Weise sich selbst 52 Tripper geheilt zu haben. Es erübrigt sich, darüber noch mehr zu sagen.

Oft wird die Behandlung gehemmt durch hindernde Nebenumstände, den Beruf oder die materiellen Verhältnisse des Kranken, die ihm entweder die Inanspruchnahme eines Spezialisten oder die Einhaltung gewisser Verordnungen (z. B. das Liegen, die Diät) nicht erlauben. In solchen Fällen hilft natürlich die beste Methode nichts, und wenn ein solcher Patient trotzdem ohne ernstere Komplikation sein Leiden los wird, kann er nur von Glück sagen.

Am schlimmsten aber ist, daß der größte Teil der Ärzte — sagen wir es offen — diese Krankheit nicht zu behandeln versteht. Sie sind sich über Wesen und Behandlung der Gonorrhöe so wenig im klaren, daß sie es offen zugeben und — was noch schlechter ist — den Patienten in einzelnen Fällen sagen, daß ihre Krankheit gar nicht heilbar ist.

Wie oft werden wir von aufgeklärten und intelligenten Laien gefragt, wie das möglich ist. Wir Spezialisten wissen die Ursache davon: sie liegt darin, daß die sichere und zielbewußte Behandlung der Gonorrhöe sehr große Praxis und Erfahrung erfordert.

Digitized by Google

Nur nach langjährigen, an reichem Krankenmaterial gewonnenen Erfahrungen erhält man den sicheren Blick, ohne den die Behandlung nur selten Erfolg haben wird. Kurz gesagt, nur ein Spezialist kann vollkommen auf der Höhe der modernen Therapie stehen, weil ein Universalarzt weder Zeit noch Gelegenheit hat, sich die nötige Praxis anzueignen. Genau genommen sind die Urologen die eigentlichen Fachleute auf diesem Gebiet, und daß sie es den Dermatologen übelnehmen, wenn diese sich für die Spezialisten der Gonorrhöe halten, ist von ihrem Gesichtspunkt aus begreiflich. Sie haben aber nicht so ganz recht. In Haupt- und Weltstädten ist es denkbar, daß sich ein Dermatologe nicht mit Tripperkranken befaßt, obgleich diese Überspezialisierung schon deshalb schwierig durchzuführen ist, weil ja der Patient auch mehrere Geschlechtskrankheiten gleichzeitig haben kann. In kleineren Städten und im allgemeinen in der Provinz machen die Tripperkranken unter den Patienten des Dermatologen ca. 80% aus. Und da die Behandlung des Trippers — von einer gewissen Handfertigkeit abgesehen — eine eigentlich chirurgische Schulung weniger erfordert als ein möglichst großes Krankenmaterial und Praxis, so kann selbstverständlich ein Dermatologe, sofern er nur Anlage dazu hat, die Gonorrhöe ebensogut, bei größerem Krankenmaterial vielleicht sogar besser und fachkundiger behandeln, als die überwiegend chirurgisch in Anspruch genommenen Urologen.

Der größte Fehler, den ein Arzt bei der Tripperbehandlung begehen kann, ist der, daß er ohne Rücksicht auf seine eventuelle mangelhafte Erfahrung auf diesem Gebiete den Patienten vorzeitig für geheilt erklärt und sogar den Ehekonsens erteilt. Auf die Folgen eines in die Ehe mitgebrachten Trippers gehe ich hier nicht ein — sie sind ja allgemein bekannt. Ich will nur darauf hinweisen, wie wenig ernst manchmal diese Erkrankung genommen und wie sie von manchen Ärzten untersucht und behandelt wird, ganz besonders auf dem Lande. Der Patient gibt z. B. an, daß er seit einer gewissen Zeit an Ausfluß und Schmerzen beim Urinieren leidet. Es kommt vor, daß die Untersuchung des Patienten mit seiner Angabe bereits beendet ist, und er erhält eine Resorzin-, Plumbum- oder Zinkumlösung verordnet mit der Weisung, dreimal täglich damit Einspritzungen vorzunehmen, solange der Ausfluß dauert. Hier und da läßt sich der Arzt auch den Penis zeigen, um zu sehen, wie reichlich der Ausfluß ist; aber anrühren würde er ihn um keinen Preis, weil er es nicht gewöhnt ist und ihn das Angreifen des oft eitrigen, eventuell mit schmutzigen Krusten bedeckten Penis anekelt.

Was für einen Fehler hat der Arzt hier begangen?

Er hat ein Medikament verordnet, ohne den Kranken untersucht zu haben. Gegebenenfalls hat er das Orifizium betrachtet, aber die unerläßliche Untersuchung des Urins schon deshalb nicht vorgenommen, weil er 1. nicht daran gedacht hat, 2. weil in seinem Ordinationszimmer überhaupt nicht zwei Gläser für Urin zu finden sind, und schließlich 3., weil er die Zucker-, Eiweiß- und sonstigen Reaktionen des Urins zwar kennt, aber gonorrhoischen Urin nicht zu untersuchen und zu beurteilen versteht. Abgesehen davon, daß man dem Patienten auch die Art der Einspritzung zeigen muß, weil er diese sonst nur in den seltensten Fällen wird vornehmen können, ist es klar, daß der Wert des ohne jede Untersuchung des Sekretes und des Urins verordneten Medikamentes sehr zweifelhaft ist, da es ja gar nicht feststeht, ob es sich überhaupt um Gonorrhöe handelt. Ist aber der Patient zufällig tripperkrank, dann fragt es sich, ob gonorrhoea anterior oder posterior mit oder ohne Komplikationen vorliegt, ob Einspritzungen überhaupt ratsam sind, ob nicht vielmehr unbedingte Bettruhe erforderlich ist? Der Ausfluß kann auch durch

Digitized by Google

urethrale Sklerose, weichen Schanker, einen eingedrungenen Fremdkörper oder katarrhalische Prozesse verursacht sein, an die der oberflächlich untersuchende Arzt vielleicht gar nicht denkt. Nehmen wir aber an, daß der Ausfluß tatsächlich die Folge einer gonorrhoischen Infektion war und daß der Patient 2—3 Wochen oder noch länger folgsam die verordneten Einspritzungen gemacht hat: was geschieht bei der nächsten Visite? Der Patient teilt dem Arzt auf seine Frage mit, daß die Sekretion aufgehört habe. Die Mitteilung genügt dann in der Regel, um den Patienten für geheilt und eine weitere Behandlung für unnötig zu erklären.

So unglaublich das Gesagte auch klingen mag, Tatsache ist leider, daß ein Teil der Fälle auf die eben beschriebene Weise untersucht und behandelt wird. Es gibt Ärzte, denen das Vorhandensein eitrigen Sekretes genügt, um die Diagnose Gonorrhöe zu stellen und mit dem Aufhören der Sekretion die Krankheit für geheilt zu halten. Wo doch manchmal 10—20—50 mikroskopische Untersuchungen, Urethroskop und alle möglichen anderen Behelfe angewendet werden müssen, ehe man jemand mit ruhigem Gewissen für geheilt erklären kann. Unter diesen Umständen muß man, wenn man von den schweren, hartnäckigen, nur durch den Spezialisten heilbaren Fällen absieht, annehmen, daß die meisten Gonorrhöen früher oder später von der Zeit und der Natur geheilt werden, denn nur ein geringer Bruchteil der Fälle gelangt in richtige ärztliche Behandlung.

Bis es aber dem Organismus gelingt, durch Antitoxine oder mit Hilfe von infolge Autoinokulation gebildeten Schutzstoffen, ferner durch geeignete Umbildung des Gewebes der erkrankten Schleimhaut die gonorrhoische Entzündung aus eigener Kraft niederzukämpfen, kann eine ganze Schar mehr oder minder schwerer Komplikationen eintreten. Es können — wie bekannt — die Urethra, sämtliche Geschlechtsdrüsen, die serösen Membranen, sogar die Haut betroffen werden; ja sie können auf die Genitalien des infizierten Weibes übergreifen, die Adnexa affizieren und ganze Generationen vertilgen.

Weshalb sind die praktischen Ärzte in der Therapie gerade dieser so wichtigen Krankheit nicht genügend bewandert? Weil die Tripperbehandlung im vollsten Sinne des Wortes individuell sein und sich stets dem momentanen Zustand und den Verhältnissen des Kranken anpassen muß. Wenn sich auch ein praktischer Arzt eine bestimmte Behandlungsmethode zu eigen macht, versteht er sie meist den wechselnden Verhältnissen, Umständen und einzelnen Komplikationen nicht anzupassen. Der Zustand des Kranken kann so sehr wechseln, daß man nie weiß, wie man ihn am nächsten Tage behandeln wird. Die Behandlung der Syphilis erfordert bei weitem nicht die Praxis und die Erfahrung, ohne die man gegen den Gonokokkus nicht erfolgreich ankämpfen kann. Jedes verfrühte, zu intensive Eingreifen schadet hier ebenso, wie ein Versäumen des richtigen Augenblicks, und die schädlichen Folgen solcher Fehler zeigen sich sofort.

Der modernen Therapie der Gonorrhöe liegen gewisse allgemeine Prinzipien zugrunde, ihre Einzelheiten aber arbeitet jeder nach seiner eigenen Erfahrung und Auffassung aus. Wer sich intensiver mit der Gonorrhöe befaßt und ein reiches Krankenmaterial zur Verfügung hat, wird von selbst zu einer gewissen therapeutischen Methode gelangen, die natürlich ganz individuell und nicht unbedingt die beste sein wird, aber in der Hand ihres Urhebers gute Erfolge liefert. Es gibt aber auch Methoden, gegen die unbedingt Einspruch erhoben werden muß. Ich werde im folgenden einige mir unrichtig scheinende Behandlungsarten erwähnen, ohne Benennung des betreffenden Autoren. Ich werde es versuchen, an Stelle dieser Eingriffe diejenigen zu erörtern, die mir gute Dienste geleistet haben.

Digitized by Google

Schon JANET, der 1892 zuerst die heute so viel angewendeten Irrigationen bei Abortivkuren verwendete, beging den Fehler, schon für die ersten Einspritzungen Hypermanganlösungen von 1:4000, 1:2000, ja sogar noch stärkere zu empfehlen. Diese Lösungen sind zu stark und verursachen, nach JANETS Verfahren in die Blase injiziert, bei der ersten Verwendung lang andauernde Schmerzen und Harndrang. Man muß die Urethra und besonders die Pars posterior erst an Lösungen von 1:8—6000 gewöhnen, ehe man stärker konzentrierte anwenden darf.

Für die Abortivbehandlung der Gonorrhöe sind zahllose Mittel und Verfahren empfohlen worden. Im allgemeinen hat die Erfahrung gelehrt, daß eine abortive Behandlung keine Aussicht auf Erfolg hat, wenn das Orifizium bereits angeschwollen ist, Schmerzen und reichliches eitriges Sekret vorhanden sind und die erste Partie des Urins trüb ist. In solchen Fällen ist es bereits nicht mehr ratsam, zu dieser Art der Behandlung mit konzentrierten Chemikalien zu greifen. Aber auch dann, wenn eine Abortivkur noch nicht aussichtslos zu sein scheint, weil bei positivem Gonokokkenbefunde der Ausfluß gering und nicht stark eitrig, der Urin durchsichtig ist, halte ich es für einen Fehler, 1. sogleich mit dem Einspritzen konzentrierter Silberlösungen zu beginnen und 2. Instrumente in die Harnröhre einzuführen.

Ich habe diesbezüglich zahlreiche Versuche gemacht und kann darauf gestützt behaupten daß die von verschiedenen Verfassern für die Abortivbehandlung empfohlenen 3—6%igen Protargol-, 4%igen Ichthargan- und 3%igen Arg. nitricum-Lösungen, wenn sie nicht imstande waren, den gonorrhoischen Prozeß zum Stillstand zu bringen, infolge ihrer starken Reizwirkung den Zustand wesentlich verschlimmern, so daß ein anfangs vielleicht leichter Tripper heftig oder zu mindest hartnäckig werden kann.

Bezüglich der Abortivbehandlung mit ULTZMANN-Katheter und Endoskop kann ich nur bemerken, daß bei akuter Gonorrhöe die Einführung von Instrumenten oder festen Medikamenten in die Harnröhre, wenn nur möglich, zu vermeiden ist. Die urologischen Instrumente leisten später vorzügliche Dienste, nicht aber während einer Abortivkur.

Durch die Praxis bin ich darauf gekommen, jeden Fall, bevor ich mich für die abortive Behandlung entscheide, daraufhin zu untersuchen, ob er dafür noch geeignet ist oder nicht. Ich wende zu diesem Zwecke ein altes Verfahren an, das den Patienten auf keinen Fall schadet. Zunächst nehme ich nämlich eine Spülung der Pars anterior mit 1 Liter Kalium hypermanganicum-Lösung mittels einer 100 ccm fassenden Wundspritze vor. Die Stärke der Lösung richtet sich nach den Umständen: empfindlichen, nervösen, furchtsamen Kranken, die zum ersten Male einen Tripper haben, gebe ich eine Lösung von 1:8—6000, aber nur in die Pars anterior; bei wiederholter Infektion oder bei indolenteren Patienten verwende ich stärkere Konzentrationen von 1:6000 oder 1:4000.

Zeigt sich am nächsten Tag reichlich eitriges Sekret, oder ist die Harnröhre entzündlich geschwollen und schmerzt, dann setze ich die systematische Behandlung weiter fort, die zunächst in täglich einmaliger reichlicher Ausspülung der Urethra mit einer Lösung von 1:8000, später von 1:6000 besteht.

Ist dagegen am nächsten Tag kein eitriger Ausfluß vorhanden bzw. nur Spuren eines solchen und auch die nur, wenn ein Druck auf die Harnröhre ausgeübt wird, dann behandele ich, wenn die erste Partie des Urins durchsichtig, höchstens schwach getrübt ist, ohne weiteres abortiv; denn in diesem Falle hat die Spülung Erfolg gehabt und den Prozeß in seiner Entwicklung gehemmt, teilweise unter-

Digitized by Google

drückt. Die abortive Behandlung wird also hier voraussichtlich zum Ziele führen. Die erwähnte Hypermanganlösung wende ich auch an den folgenden Tagen zweimal täglich an und spritze unmittelbar nach der Spülung in die noch feuchte Harnröhre 2—3 ccm ½% ige Argentum nitricum-Lösung, die mit Hilfe des Konusansatzes der kleinen Spritze ¼—½ Minute darin behalten wird. Dadurch wird die Urethra stark gereizt, und etwa 1—2 Stunden darauf tritt reichlicher Eiter aus. Diese Behandlung dauert etwa 4—5 Tage; die darauffolgenden 4—5 Tage nehme ich nur die Spülungen vor. Bei negativem Gonokokkenbefund und günstiger zelliger Umänderung des Sekretes setze ich hierauf mit der Behandlung aus, um die Heilung festzustellen, oder mache sicherheitshalber weitere Spülungen täglich einmal 1—2 Wochen lang.

Mit dieser Abortivbehandlung erreiche ich, daß sie erstens nur in dazu geeigneten Fällen zur Verwendung gelangt, und zweitens, daß eine eventuelle Verschärfung des gonorrhoischen Prozesses vermieden wird. Kommt dagegen eine solche Abortivkur zu spät, so ist nichts verdorben und nichts verloren und man setzt höchstens die am ersten Tage begonnenen Spülungen fort. Als einen Vorteil des Janetschen Verfahrens muß ich noch bezeichnen, daß es manchmal gelingt, eine Gonorrhöe innerhalb einer Woche nur mit Spülungen zu heilen, hier und da auch in Fällen, in denen das wegen der ziemlich reichlichen Eiterung gar nicht erwartet werden konnte.

Auch gegen einige Arten der methodischen Behandlung des Trippers läßt sich manches einwenden.

Einzelne Verfasser erwähnen, daß sie ohne Katheter zu Blasenspülungen Silberlösungen von 1:1000 oder 1:500, ja sogar später von 1:300 verwenden. Das bedeutet einen so derben und schmerzhaften Eingriff, daß ich es mir nicht vorstellen kann, daß sich ein Patient ein zweites Mal der Behandlung mit einer so konzentrierten Lösung unterwirft. Einzelne seltene Fälle abgerechnet, leiden die Patienten nach solchen Einspritzungen stundenlang unter Schmerzen, Harn- und Stuhldrang und Hämaturie; die Schmerzen werden fast unerträglich, sobald auch nur einige Tropfen Urin abgegeben werden. Ich wage zu behaupten, daß man den Patienten selbst nach Wochen nicht an eine Behandlung nach Janet mit Lapislösung von 1:500 gewöhnen kann, und zwar wegen der Empfindlichkeit des Schließmuskels und der Pars posterior. Im Anfangsstadium dagegen ist eine solche Lösung einfach nicht zu ertragen. Ähnliche Schmerzen verursachen Hypermanganlösungen von und unter 1:1000 mit dem Unterschied, daß der Patient sich an diese leichter gewöhnt.

Vor der Einspritzung konzentrierter Argentumlösungen verwenden viele Morphium- oder Dioninsuppositorien, oder es werden teils vorher teils nachträglich verschiedene Kokain-, Alypin- oder Antipyrinlösungen eingespritzt. Alle diese Einspritzungen haben den Nachteil, daß ihre Wirkung entweder von kurzer Dauer oder im Verhältnis zu den heftigen und anhaltenden Schmerzen, welche starke Lapislösungen verursachen, nicht ausreichend ist.

Ich kann mich nicht genug darüber verwundern, daß manche Verfasser durch Guyon- oder Ultzmannsche Katheter teils in die Pars anterior, teils in die Posterior 2—4—6% iges Protargol oder 3—4—5% iges Arg. nitricum einspritzen. Ersteres mögen manche Patienten vielleicht nach allmählicher Gewöhnung ertragen, aber ein Eintropfen einer 5% igen Lapislösung in die Pars posterior der Urethra ist die reinste Tortur.

Digitized by Google

Hier sei auch ein Verfahren erwähnt, daß 1910 von SCHINDLER angegeben wurde und selbst im akuten Stadium der Gonorrhöe ohne Gefahr die Einspritzung sehr starker Silberlösungen in die Urethra ermöglichen soll. Es beruht im Wesentlichen darin, daß bei akuter Gonorrhöe dem Patienten in Form von Suppositorien systematisch Atropin verabreicht wird, „wodurch die automatischen und reflektorischen Bewegungen der Zeugungsorgane aufhören". Ich habe damit noch keine Versuche angestellt; jedenfalls ist es erfreulich, wenn es tatsächlich gelingt, die reflektorische Reizbarkeit, die gefürchteten antiperistaltischen Bewegungen des Vas deferens einzustellen, weil dadurch besonders weniger geübten Ärzten die Behandlung der Gonorrhöe außerordentlich erleichtert werden würde. Das SCHINDLERsche Verfahren ist bereits von mehreren Ärzten überprüft worden (z. B. HECHT und KLAUSNER)[1]), die sich dahin äußerten, daß in einem Teil der Fälle die Behandlung dadurch abgekürzt wird. Trotzdem sehe ich, daß mit diesem hauptsächlich zur Abortivbehandlung bestimmten und zu diesem Zwecke geschaffenen Verfahren in acht Fällen akuter Gonorrhoea anterior erst nach 7—15 Tagen die Heilung eintrat und in einem Fall der Prozeß sich verschlechterte, sich nach rückwärts ausbreitete. Dieses Resultat steht also in keinem Verhältnis zu dem großen Vorteil, daß die Behandlung unter Ausschluß der reflektorischen Reizbarkeit vor sich gehen kann. In solchen Fällen sichert die oben beschriebene Abortivkur ohne Atropin dieselben Erfolge. Auch die vorhin erwähnten acht Fälle scheinen für die Richtigkeit meiner Ansicht zu sprechen, daß 3—6 %ige Protargoleinspritzungen bei akuter Gonorrhöe nicht am Platze, ja sogar wegen der Steigerung des entzündlichen Prozesses direkt gefährlich werden können. Ich glaube, daß eine lindere Abortivkur oder methodische Behandlung mit gleichzeitiger Verabreichung von Atropin bessere Resultate liefern wird, und aus diesem Grunde werde ich das auf diese Weise modifizierte SCHINDLERsche Verfahren, wie ich hoffe, mit Erfolg anwenden.

In der **mechanischen — instrumentellen Therapie** der Gonorrhöe begegnet man zwei Kardinalfehlern. Der eine ist das zu frühe, unbegründete Einführen von Instrumenten in die Harnröhre, der andere, im Gegensatz hierzu, das vollständige Vermeiden instrumenteller Eingriffe.

Es gibt Ärzte, die über die Indikationen des Gebrauches urologischer Instrumente nicht im klaren sind und die bei subakuter und chronischer Gonorrhöe fast unentbehrliche mechanische Behandlung auch in ganz frischen, akuten Fällen anwenden.

Nicht selten hat man Patienten, die infolge verfrühter unbegründeter Sondierung an schweren und ausgedehnten periurethralen Infiltraten und im Zusammenhang damit an Strikturen in den verschiedensten Stadien der Entwicklung leiden. Man erfährt auf Befragen, daß der behandelnde Arzt vom ersten Tage des Trippers angefangen dicke Metallsonden einführte und täglich eine Viertelstunde liegen ließ. Oft werden neben einer solchen Behandlung gar keine antiseptischen Einspritzungen verordnet, oder wenn schon irgend eine Hauskur vorgeschrieben wird, so erhält der Patient gewöhnlich irgend eine Lösung von Zincum sulfuricum, Plumbum aceticum oder Alumen crudum.

Man muß wirklich staunen, wie weit diese gefährliche Behandlungsart, besonders auf dem Lande, verbreitet ist; die Behandlung mit Sonden ist geradezu systematisch geworden, obwohl dadurch die Gonorrhöe nicht geheilt, wohl aber alle Arten von Komplikationen verursacht werden können. Ich halte es für ab-

[1]) Berliner klin. Wochenschrift, 1910, Nr. 20.

Digitized by Google

solut unzweckmäßig, bei Gonorrhoea acuta irgend ein Instrument in die Urethra einzuführen. Hat der Prozeß in die Pars posterior übergegriffen und kann wegen Empfindlichkeit oder Krämpfen des Schließmuskels oder wegen drohenden Komplikationen der Teil jenseits des Sphinkters nicht ausgespült werden, dann, aber auch nur dann, mache ich Guyonsche Einspritzungen mit einem möglichst dünnen Katheter mit kleinem Knopf. Obgleich dies von sämtlichen mechanischen Eingriffen der schonendste ist, so kann er doch so, wie er meist vorgenommen wird, leicht durch Reizung des Colliculus seminalis im Vas deferens antiperistaltische Bewegungen und damit zugleich eine Nebenhodenentzündung verursachen. Es ist gebräuchlich, den Katheter durch den Sphinkter zu schieben und zurückzuziehen, so lange, bis er hinter dem Schließmuskel stecken bleibt. Auf diese Weise kann aber leicht das Caput gallinaginis berührt werden, woran auch ein rechtzeitiges Zurückziehen des Instrumentes nichts ändert. Deswegen verwende ich nur dünne Guyon-Katheter mit kleinen Knöpfen und schiebe sie, weil man damit nicht gut tasten kann, so lange vor, bis die während des Einlegens langsam eingespritzte Flüssigkeit aufhört zurückzufließen, der Knopf also genau in dem Schließmuskel angelangt ist. Nur auf diese Weise läßt sich eine Reizung der so überaus empfindlichen Pars posterior vermeiden.

Die Anhänger der verfrühten und übertriebenen Anwendung von Instrumenten finden sich nicht nur unter den älteren, unmodernen Kollegen und Landärzten, sie sind auch unter der jüngeren, modernen Generation zahlreich genug vertreten. Von Kranken, die aus anderen Städten zu uns gelangen, erfährt man mit Staunen, wie verschiedenartig sie selbst von Ärzten mit gutem Rufe vorher behandelt wurden. Am ersten Tage etwa wurden sie mittels Urethroskop untersucht, am zweiten eine Janetsche Spülung vorgenommen, gelegentlich der dritten Visite Sonden eingelegt, dann die Prostata massiert (bei akutem, kaum ein paar Tage altem Tripper!), darauf Ultzmann usw. Ein so unbeholfener, ratloser Wechsel in der Behandlungsart kann nicht für ernste Arbeit angesehen werden, und so reichliche Abwechslung hat ohne Zweifel schädliche Folgen; die Patienten gelangten denn auch nach 6—8 wöchentlichen derartigen Kuren in tatsächlich kläglichem Zustande zu uns.

Was nun das andere Extrem, die Vermeidung bzw. Vernachlässigung der Verwendung von Instrumenten betrifft, ist sie häufiger anzutreffen, als der vorhin geschilderte Übereifer. Die meisten der Kollegen mit allgemeiner Praxis vermeiden mit vollem Recht die Verwendung von Instrumenten, weil sie sich dessen bewußt sind, daß ihnen die dazu nötige Übung fehlt. Sie überlassen dergleichen den Spezialisten und begnügen sich mit Einspritzungen und weniger gefährlichen Heilmethoden.

Natürlich ist auch dieser Standpunkt nicht zu billigen. Es gibt allerdings Fälle, und sie sind glücklicherweise sogar sehr häufig, die in kurzer Zeit mit einfachen antiseptischen Einspritzungen oder mit Janetschen Spülungen glatt und ohne Schwierigkeit geheilt werden können. In solchen Fällen wäre natürlich eine Verwendung von Instrumenten durchaus unangebracht.

Es kommt aber andererseits auch vor, daß auch nach monatelanger, regelmäßiger Einspritzung keine Heilung erfolgt, weil die Lagerung der Gonokokken und die Veränderungen der Schleimhaut derart sind, daß nur die mechanische bzw. instrumentelle Behandlung zum Ziele führen kann. Oft verschwinden in solchen Fällen die Gonokokken unter der Einwirkung der regelmäßigen Einspritzungen oder Spülungen nach kurzer Zeit, der Urin wird vollkommen klar, aber nach 2—3—5tägiger

Digitized by Google

Pause (Probezeit) vermehren sich die Gonokokken wieder und verursachen reichliche Eiterung. Diese Hartnäckigkeit kann bekanntlich zwei Gründe haben: die Gonokokken wuchern durch die Schleimhaut, gelangen ins Bindegewebe und verursachen dort entzündliche Veränderungen, oder sie gelangen in die MORGAGNIschen Lakunen, in deren 6—8—10 mm tiefen Gängen verborgen sie sich ungestört vermehren.

In beiden Fällen liegen sie so geschützt, daß sie manchmal weder mit JANETschen Spülungen noch mit prolongierten Einspritzungen erreicht werden können. Und wenn sich auch die Annahme als richtig erweisen sollte, daß das zu den JANETschen Spülungen verwendete Hypermangan in schwachen Lösungen nicht unmittelbar durch Abtötung der Bakterien wirkt — dazu sind sie ja auch nicht stark genug —, sondern mittelbar durch die dadurch verursachte seröse Durchtränkung und Zellenausspülung so rasch, manchmal tatsächlich überraschend wirken, so können sie doch in den geschilderten Fällen die tieferen Schlupfwinkel der Gonokokken nicht immer erreichen und desinfizieren. Mit Hilfe des Endoskops läßt sich die Ursache der Hartnäckigkeit feststellen und damit ist zugleich die Richtung des einzuschlagenden Verfahrens bestimmt.

Man begeht einen Fehler, wenn man sich trotz mehrmonatiger erfolgloser Behandlung nicht mit Hilfe des Urethroskops Aufklärung verschafft. Wenn der eitrige Ausfluß rasch aufhört und der Urin klar wird, aber die Filamente noch reichlich Gonokokken enthalten, ist eine urethroskopische Untersuchung schon nach 2—3 Wochen nötig, damit eventuell vorhandene Infiltrationen und die entzündeten Drüsenöffnungen entsprechend festgestellt und gepinselt werden können. Die Erfahrung lehrt, daß hartnäckige Fälle, die einer 8—10monatigen anderen Behandlung trotzten, mit urethroskopischer Behandlung manchmal in ein paar Wochen einer raschen Heilung zugeführt werden können. Die Praxis der Gonorrhöe kann also das Urethroskop ebensowenig entbehren wie das Mikroskop. Wer ohne Urethroskop arbeitet, dem werden sich in der Praxis sechs bis zwölf Monate dauernde Tripperfälle häufig wiederholen, welche auf andere Weise vielleicht viel rascher zu heilen gewesen wären. Ich will hier nicht darauf eingehen, wie die mit Hilfe des Endoskops festgestellten krankhaften Herde behandelt werden; sie werden, wie bekannt, mit einer Lapislösung geätzt, mit Sonden und Dilatatoren erweitert, oder mit einer elektrolytischen Nadel gebrannt usw.

Wie in den übrigen Zweigen der Medizin, so tauchen auch hier in der Literatur von Zeit zu Zeit neuere Verfahren auf, die auf den ersten Blick erkennen lassen, daß sie nicht aus der Praxis erwachsen sind, sondern vom Schreibtisch stammen und nur um jeden Preis Neues, bisher noch nicht Versuchtes bieten wollen. Ich rechne zu diesen die Phototherapie des Trippers, die Behandlung mit elektrischem Licht, dann die sogenannte trockene Behandlung mit Hilfe von Pulverbläsern, das Aspirationsverfahren mittels siebartigen Katheters, Punktion der Blase und Ausspülung derselben mittels Troikart usw.; es ist nicht der Mühe wert, auf diese einzugehen. Mehr Bedeutung messe ich dem unausgesetzten Bestreben von Fabrikanten und Chemikern zu, möglichst wirksame und zugleich möglichst tolerable organische Verbindungen von Argentum nitricum herzustellen. Die Überproduktion auf diesem Gebiete kann für uns nur von Vorteil sein.

Noch ein paar Worte zur sogenannten internen Behandlung. Man benutzte früher zu diesem Zwecke Kopaivabalsam und die Kubeben, dann Santelöl und dessen verschiedene Präparate. Außerdem gibt es eine ganze Menge solcher Mittel, nach deren Darreichung im Urin Phenol oder Formalin ausgeschieden wird: hierher gehören z. B. die Salizylpräparate, das Helmitol, Urotropin, Hexametin usw.

Digitized by Google

Zweifellos können diese Medikamente, welche den Urin einigermaßen desinfizieren, in schweren, akuten oder mit Komplikationen verbundenen Fällen, wenn infolge heftiger Entzündung und eventuellen Komplikationen eine lokale Behandlung vorderhand noch nicht ratsam ist, nützliche Dienste leisten, indem sie den Urin eventuell reinigen und die Schmerzen einigermaßen lindern. Wenn ich aber meine zahlreichen Beobachtungen über die Resultate dieser Mittel überblicke, kann ich, aufrichtig gesagt, nur feststellen, daß sie bei nicht gonorrhoischen Blasenkatarrhen und Nierenbeckenentzündungen manchmal eine vorzügliche Wirkung entfalten, dagegen nur bis zu gewissem Grade imstande sind, den gonorrhoischen Prozeß zu beeinflussen. Salol, Urotropin, Helmitol scheinen mir unvergleichbar wirksamer zu sein als Balsampräparate.

Die Fachliteratur äußert sich voll Anerkennung und Lob über die modernen Santalpräparate und empfiehlt Santyl, Santalol, Gonorol, Gonosan, Arhovin, Allosan, Arhéol, Thyresol, Kamphosan, Urogosan, Kawa, Kawa-Gonorol, Kawaform, Kawa-Kawin, Blenal, und wie diese Mittel alle heißen, der Aufmerksamkeit der Kollegen.

Man sollte meinen, daß im Besitz so zahlreicher wirkungsvoller Mittel die Therapie der Gonorrhöe heute gar keine Schwierigkeiten hätte, besonders wenn man die Beschreibung einiger Fälle liest, in denen durch irgend eines der oben erwähnten Präparate ohne jede andere Behandlung ein Tripper angeblich vollständig geheilt wurde. Als Kuriosa zitiere ich hier einige solche Krankengeschichten aus der Literatur:

F. K., Lagerverwalter. Ausfluß rein, schleimig, besteht seit zwei Tagen. Neben den allgemein üblichen diätetischen Verordnungen dreimal täglich zwei Kapseln Arhovin à 0,25. Nach drei Tagen Ausfluß graugelb, bedeutend geringer, keinerlei weitere Belästigung. Nach weiteren vier Tagen Ausfluß rein, schleimig und nach im ganzen elf Tagen geheilt bis auf Fäden. Lokale Behandlung war hier unnötig.

Der Verfasser folgert also aus dem Vorhandensein „reinen schleimigen" Sekretes einen Tripper und erklärt, nachdem infolge ausschließlichem Gebrauches der Pillen der Ausfluß nach sieben Tagen „rein, schleimig" wird, den Patienten für geheilt, wo es doch ganz klar ist, daß in diesem Falle von einer Gonorrhöe nicht einmal die Rede sein konnte.

T. B., 38 Jahre alt, Hauptmann. Akute Gonorrhöe. Dauer der Krankheit acht Wochen, bisher ohne Erfolg behandelt. Reichliche rein eitrige Sekretion und Brennen beim Urinieren. Vom 8.—12. Juni Arhovin à 0,25, vier Stück täglich. 13. Juni: Sekretion geringer, noch immer eitrig. Das Brennen beim Urinieren hat aufgehört, der Urin jedoch noch trüb. Vom 13.—20. Juni Arhovin, sechs Stück täglich. Am 20. Juni versiegt die Sekretion und der Urin wird klar.

L. B., 27 Jahre alt. Akute Gonorrhöe. Starke eitrige Sekretion, Schmerzen beim Urinieren. Harn sehr trüb in der ersten Portion. Arhovin durch sechs Tage je vier Stück pro die. Wesentliche Besserung der Sekretion, keine Schmerzen beim Urinieren. Nach weiteren 14 Tagen Sekretion verschwunden.

Solche Krankengeschichten findet man massenhaft. Als vielleicht ehrlich gemeinte, aber auf oberflächliche Beobachtung gestützte, übereilte und durch keine Fachkenntnis getrübte Äußerungen unerfahrener Ärzte sind sie eher geeignet, den Fachmann vom Gebrauche des angepriesenen Mittels fernzuhalten, als ihn dafür zu gewinnen. Die zitierten Krankengeschichten klingen mir so kindisch und laienhaft, daß ich ihren Inhalt einfach nicht glaube.

Allerdings wird das eine oder das andere der genannten Santalölpräparate manchmal auch in der ernst zu nehmenden Literatur von namhaften Verfassern lobend erwähnt und außer seiner günstigen Einwirkung auf die Gonorrhöe auch seine schmerzstillende Wirkung hervorgehoben. Ich achte jede fremde Überzeugung,

Digitized by Google

besonders wenn sie auf Erfahrung und Beobachtung beruht — aber ich kann nur sagen, daß mir unter all den Fällen, die ich in 11jähriger Praxis gesehen und behandelt habe, kein einziger vorgekommen ist, in welchem die Darbietung irgend eines Santalpräparates eine auffällige oder wenigstens unvoreingenommen feststellbare Besserung zur Folge gehabt hätte. Selbst in schweren und schwersten Fällen, in denen wir zu unserer Beruhigung alle Mittel versuchen, wird man den erreichten Erfolg nicht diesen Präparaten, sondern vielmehr der gleichzeitig verordneten Ruhe, Diät usw. zuschreiben müssen.

Damit soll weder die heilende noch die schmerzstillende Wirkung dieser Medikamente ganz angezweifelt, sondern nur auf ein Minimum reduziert werden; diese geringe Wirkung aber, die ich nicht abstreiten will, schätze ich nicht so hoch ein, daß es der Mühe wert wäre, den Magen des Patienten damit zu beschweren. Ich verordne diese Mittel daher, von Ausnahmefällen abgesehen, nicht. Dagegen unterstütze ich die Behandlung nötigenfalls durch Verordnung von Salizylpräparaten, Urotropin, Helmitol usw. Man kann ruhig behaupten, daß der Patient, wenn die akute Gonorrhöe durch falsche Behandlung oder unzweckmäßige Lebensweise in die Pars posterior übergreift, die zweite Partie des Urins stark getrübt oder gar blutig ist, mit einem Wort eine schwere Gonorrhoea posterior vorliegt — in erster Reihe Ruhe, Diät und schonende Behandlung nötig hat. Fehlen diese, so wird der Patient vergeblich irgend ein Santalpräparat nehmen, sein Zustand wird sich wahrscheinlich verschlechtern. Daß sich durch ausschließliche Verordnung solcher Medikamente eine Gonorrhöe heilen ließe, halte ich geradezu für ausgeschlossen. Es kommen Fälle vor, die auch ohne jede ärztliche Hilfe heilen, in der Regel erst nach längerer Zeit. Solche ließen sich in den niederen Klassen der Bevölkerung zahlreich genug nachweisen. Wenn ein Bauer einen Tripper bekommt, so heilt er meist von selbst, spurlos oder nach verschiedenen Komplikationen. Ich habe auch Fälle gehabt, in denen eine außerordentlich schwere, virulente Infektion infolge einer Nebenhodenentzündung ohne jeden lokalen Eingriff rasch heilte. Einer dieser Fälle sei hier kurz geschildert.

K. Gy., 23 Jahre alt, Advokaturkandidat, suchte mich am 18. XII. 1909 mit einer etwa einen Monat alten, schweren Gonorrhöe auf. Patient hat eingestandenermaßen überhaupt nicht auf sich gesorgt und seit seiner Infektion jede Nacht exzediert.

Befund am 18. Dezember: Der Penis geschwollen, das Orifizium gerötet; der grünlichgelbe Eiter rinnt geradezu und besteht aus Eiterzellen und zahllosen Gonokokken. Harndrang und starke Schmerzen beim Urinieren. Die erste und zweite Partie des Urins vollkommen trüb, fast eiterartig. Die Prostata angeschwollen, aber nicht erkrankt, die Nebenhoden intakt.

Ich verordnete Salol und sofortige Bettruhe, machte den Patienten zugleich auf eine eventuelle Nebenhodenentzündung gefaßt, die denn auch in derselben Nacht tatsächlich eintrat. Ich verordnete Diät, sorgte für leichten Stuhlgang, ließ den Patienten kalte Umschläge machen und täglich 3 g Salol nehmen. Höchste Temperatur 38,8° C. Nach 10 Tagen konnte Patient bereits aufstehen und mich am 31. schon persönlich besuchen. Mein Krankenprotokoll enthält für diesen Tag den folgenden Befund: Die Harnröhre frei von Sekret, erste und zweite Partie des Urins vollkommen klar, in ersterer 1—2 Schleimfäden, die viel Schleim, wenig Eiter- und zahlreiche Epithelzellen enthalten. Von Gonokokken keine Spur. Während der zwei folgenden Monate mehrfach, später nach geschlechtlichem Verkehr und Exzessen vorgenommene mikroskopische Untersuchungen bestätigten die vollständige Heilung.

In diesem sehr schweren Fall haben zehntägige Bettruhe, mäßige Temperaturerhöhungen und 30 g Salol die Heilung herbeigeführt. Wäre dem Patienten statt des Salols zufällig Gonosan oder irgend ein anderes Santalpräparat verschrieben worden,

Digitized by Google

so könnte man sich nur schwer des Eindrucks erwehren, daß die Heilung diesem zu danken sei. Es ist freilich auch möglich, daß weder das Salol noch die Bettruhe oder das Fieber, sondern alles zusammengenommen und noch unbekannte Nebenumstände den Prozeß so günstig beeinflußten, daß er vollständig aufhörte. Wenn man bedenkt, wie schwierig es im allgemeinen ist, eine Gonorrhöe zu heilen, wie viele und wie vielerlei Eingriffe erforderlich sein können, möchte man glauben, daß solche beinahe spontan eintretende Heilungen nur günstigen immunisatorischen Prozessen im Organismus zu verdanken sind. Möglicherweise erfolgt die Heilung in schweren, hartnäckigen Fällen manchmal vielleicht deswegen so spät, weil wir nicht imstande sind, eine genügende Immunisierung auszulösen, oder weil wir, ohne zu wollen und ohne es zu wissen, die diesbezügliche Tätigkeit des Organismus durch unsere Heilmethoden, die vielleicht zu unrechter Zeit oder in ungeeigneter Intensität eingreifen, stören.

Seit Wright im Blute gonorrhoischer Patienten Immunopsonine und Bruck komplementbindende Substanzen nachgewiesen hat, und seit gegen einige Komplikationen der Gonorrhöe ziemlich erfolgreiche aktive Immunisierungen mit Gonokokkusvakzin ausführbar sind, werden früher schwer zu erklärende Erscheinungen allmählich verständlicher.

Was wir künstlich durch Impfung veranlassen können, das besorgt der Organismus selber von Zeit zu Zeit durch Autoinokulation.

Die unvergänglich schönen Arbeiten von Wright und die beweisenden Experimente zahlreicher anderer Verfasser haben gezeigt, daß eine glücklich gelungene rechtzeitige und richtig dosierte Vakzination die Opsonine ebenso vermehren und auf gewisser Höhe halten kann, wie eine Autoinokulation. Auch ist bekannt, daß nach der Impfung die Zahl der Antikörper plötzlich fällt und erst nachher steigt, entsprechend der negativen und positiven Phase. Die erstere wird klinisch durch subjektive und objektive Verschlechterung und Fieber, die letztere durch lokale und allgemeine Besserung angezeigt. Da im negativen Stadium der Organismus wenig Schutzstoffe enthält, dürfte weder eine Impfung noch sonst ein intensiver Eingriff erfolgen, weil dadurch einesteils das ohnehin geringe Opsonin verbraucht wird, andernteils durch lokale Reizwirkung die erkrankte Partie mit opsoninarmen Blut durchströmt wird. Im positiven Stadium geschieht alles umgekehrt: in dieser Phase wird jede neuerliche Impfung oder reizende lokale Behandlung die Schutzstoffe vermehren.

Die Opsonine wirken bekanntlich nicht auf die weißen Blutkörperchen, sondern auf die Bakterien, und zwar in der Weise, daß diese durch die Leukozyten leichter phagozytierbar werden. Diese Theorie ist in der letzten Zeit vielfach angegriffen und hauptsächlich in bezug auf die Gonorrhöe angezweifelt worden, mit der Argumentation, daß die Gonokokken sowieso die am leichtesten phagozytierbaren, fast ausnahmslos intrazellular vorkommenden Bakterien seien; was für einen Wert hätte also bei einer derartigen Erkrankung die gesteigerte Phagozytose?

Auch ist die Phagozytose noch nicht gleichbedeutend mit der Vernichtung des Bakteriums, weil der intrazellulare Kokkus noch lange lebensfähig bleibt und eine neuerliche Infektion verursachen kann. Die Phagozytose ist wahrscheinlich nur der Indikator, das für uns sichtbare Anzeichen eines Prozesses, den wir nicht kennen. Solange die Opsonine durch spätere Forschungen nicht bezweifelt und durch andere Antikörper ersetzt werden, kann man die Opsonintheorie annehmen, weil sie mit den bei praktisch ausführbaren aktiven Immunisierungen beobachteten Erscheinungen ganz gut übereinstimmt.

Digitized by Google

Bestätigt wird sie auch durch die Erfahrungen, die wir bisher mit dem Gonokokkusvakzin „Arthigon" gemacht haben. Die Impfung eines Patienten mit Nebenhodenentzündung im fiebrigen Stadium — also im negativen Stadium — ist nicht sehr wirksam, ja sie kann sogar schädlich sein, da sie die Schmerzen und das Fieber dauernd erhöhen kann; demgegenüber kann eine an fieberfreien Patienten — also im positiven Stadium — vorgenommene Impfung manchmal eine rasche Besserung herbeiführen. Nach der Vakzination hat der Kranke 1—2 Tage lang Fieber, dann verklingt die lokale und allgemeine Reaktion; es tritt das positive Stadium und damit die Besserung ein. Das geschieht ebenso beim Tripper wie bei aktiver Immunisierung gegen Infektionen mit Staphylokokken, mit Koli- oder mit Tuberkelbazillen.

Heutzutage wird die ermüdende und zeitraubende Bestimmung des Opsoninindex fast gar nicht mehr durchgeführt, und bezüglich der Vakzination orientiert man sich einzig und allein an den klinischen Symptomen, wie bei Tuberkulinimpfungen. Eine weitere Abweichung vom WRIGHTschen Originalverfahren beruht darin, daß man sich auf BRUCKS Vorschlag in der Vakzinationstherapie der Gonorrhöe nicht mehr mit minimalen Dosen begnügt, die nur den opsoninischen Index erhöhen, aber keine stärkeren klinischen Symptome verursachen, sondern so große Mengen Impfstoff verwendet, daß eine starke lokale und allgemeine Reaktion eintritt, welch letztere wenigstens in einer 1° C betragenden Temperaturerhöhung zum Ausdruck kommen muß. BRUCK macht erst den Patienten auf die übliche Weise fieberfrei und injiziert dann in die Muskulatur des Gesäßes zunächst 0,5 g Arthigon, dann in Intervallen von je 3—6 Tagen um 0,5 g steigende Dosen. In der Praxis läßt sich das Fieber manchmal schwer beseitigen. Bei schwerer gonorrhoischer Entzündung des Nebenhodens, der Prostata oder der Gelenke wird das schwerlich gelingen, da eine Punktion oder ein Einschnitt in den Nebenhoden nicht überall akzeptiert und gemacht wird. In der Praxis ist man gezwungen, auch Patienten mit mäßigem Fieber zu vakzinieren, wenn man dies Verfahren nicht nur auf die leichtesten, fieberfreien Fälle beschränken will. Allerdings ist, übereinstimmend mit der Opsonintheorie, das Resultat viel besser, wenn in dem fieberfreien, also positiven Stadium geimpft wird.

Nach den bisherigen Erfahrungen nützt die Vakzination gegen eine einfache Gonorrhöe ohne Komplikationen wenig, während sie auf die erwähnten Komplikationen manchmal überraschend schnell einwirkt. Die Immunkörper greifen wahrscheinlich nur die verkapselten Gonokokken an, während die im Urin und im Eiter fortwährend entleerten Bakterien der Urethra ihrer Wirkung entgehen. Die schönsten Resultate sollen bei gonorrhoischen Entzündungen der Nebenhoden und der Gelenke zu sehen sein, weniger dagegen bei Prostatitis.

Bisher[1]) habe ich mit Arthigon nur an 18 Patienten Versuche gemacht, teils mit einer, teils mit zwei, drei, fünf Injektionen. Ein abschließendes Urteil über den Wert des Verfahrens zu fällen, verbietet mir die geringe Zahl der Versuche. An der v. MARSCHALKOschen Klinik sind ausgedehnte Versuche damit im Gange, die sehr günstige Resultate erwarten lassen. So viel sehe ich, daß das Arthigon den gonorrhoischen Prozeß tatsächlich spezifisch beeinflußt, die Heilung der Komplikationen manchmal beschleunigt, doch ist uns eine richtige Dosierung,

[1]) Dieser Vortrag wurde Ende Mai vorigen Jahres gehalten. Seitdem habe ich das Mittel in einer ganzen Reihe von akuten und chronischen Komplikationen mit bestem Erfolge angewandt.

Digitized by Google

welche den Erfolg sichert, noch nicht bekannt. Deshalb sind die Resultate manchmal überraschend, unerwartet, in anderen Fällen bleiben sie vollständig aus. Aber es ist die Hoffnung vorhanden, daß sich das später ändern und daß die Praxis zu der bis jetzt noch fehlenden richtigen Dosierung führen wird.

Ich habe im ganzen acht Fälle von Epididymitis mit Arthigon behandelt. Dabei schien es mir, daß die Schmerzen, das Fieber und die Geschwulst rascher nachgeben, als das sonst der Fall zu sein scheint, jedenfalls läßt die Härte des Nebenhodens schneller nach; das entzündliche Organ wird serös durchtränkt, wird weicher, und vielleicht ist dies die Ursache davon, daß so harte Knoten, wie sie nach der gewöhnlichen Behandlung zurückzubleiben pflegen, hier fehlen. In zwei von den acht Fällen wurde der Urin auffallend rasch wieder klar, während er in den übrigen, wie gewöhnlich, nach Ablauf der Entzündung und des Fiebers wieder trüb wurde. In zwei Fällen war die akute Epididymitis besonders heftig.

Die eine begann am 12. Mai; nach Darreichung von 0,5 g Arthigon stieg die Temperatur nur auf 37°; am 16. und am 19. kam auf weitere Dosen zu je 0,5 g die Reaktion in einer Temperaturerhöhung von 38,3° zum Ausdruck; am 23. war der Nebenhoden vollständig schmerzlos, die Entzündung vorüber, die Temperatur normal. Der andere schwere Fall begann am 13. Mai. Trotz einer Temperatur von 37,1° C wurden 0,5 g Arthigon injiziert. Diese Impfung hielt die Temperatur vier Tage hindurch auf 38,2—39°; erst am 17. sank sie auf 36,7°. Nach neuerlicher Impfung mit 1 g Arthigon stieg sie in der darauffolgenden Nacht auf 39,9°, sank an den beiden folgenden Tagen auf 38,9 bzw. 38°, und war am 23. schließlich wieder normal; die Geschwulst war zum größten Teil resorbiert, die Schmerzen vollständig geschwunden. In diesen beiden Fällen ging also die Epididymitis in elf bzw. zehn Tagen vorüber. In zwei Fällen mäßig heftiger akuter Prostatitis impfte ich je zweimal. Die Temperatur stieg auf 38,2 bzw. 38,9° C. Welchen Anteil die Impfung an der Heilung hatte, läßt sich wegen der übrigen gleichzeitigen Verordnungen (Liegen, Diät, Urotropin, Arzberger usw.) nicht klar bestimmen, jedenfalls schien sie günstig zu wirken. Ich wendete sie auch in zwei Fällen gonorrhoischer Gelenkentzündung an. Der eine Patient hatte ein Jahr vorher einen Tripper akquiriert, der eine linke Knöchelgelenkentzündung zur Folge hatte. Die Gonorrhöe war längst geheilt, im erkrankten Gelenk traten aber von Zeit zu Zeit wochenlang dauernde heftige Schmerzen auf, die mitunter das Gehen unmöglich machten. 0,5, 0,1, schließlich 1,5 g Arthigon brachte die Temperatur auf 37,4° C und hatte eine augenfällige Besserung zur Folge, so daß der Patient nach der zweiten Injektion auch größere Strecken fast ohne Schmerzen zurücklegen konnte. Der zweite Patient hatte vor drei Jahren zum ersten Male einen Tripper gehabt, mit dem gleichzeitig auch eine Gelenkentzündung des linken Daumens auftrat. Seither war er noch zweimal an Tripper erkrankt und beide Male hatten sich gleichzeitig auch die Schmerzen im Daumen erneuert: sein gegenwärtiger Tripper hatte vor vier Wochen begonnen und war unter Janetscher Behandlung bereits geheilt. Das gleichzeitig geschwollene Gelenk dagegen wollte trotz Schonung und Umschlägen mit Burowscher Lösung sowie gleichzeitig verordnetem Salizyl nicht heilen, sondern schwoll noch mehr und schmerzte außerordentlich. 0,5 g Arthigon lösten gar keine Reaktion aus und die Temperatur stieg nicht über 36,8°. Nach fünf Tagen wiederholte ich die Einspritzung mit derselben Dosis, was allerdings die Temperatur auf 37,3° brachte, aber ohne lokale Reaktion blieb, und am andern Tag war der Patient schon fieberfrei. Nach weiteren fünf Tagen machte ich eine Injektion mit 1,0 g Arthigon. Die Reaktion zeigte sich noch an demselben Tage in einer Temperatur von 37,2°, die am nächsten auf 37,8° stieg. Die Geschwulst und die Schmerzen im entzündeten Gelenk wurden größer, obgleich die Temperatur normal wurde. Nach weiteren drei Tagen löste eine Impfung mit 2,0 g eine sichtbare lokale und allgemeine Reaktion von 37,8° aus; daraufhin gaben die Schmerzen und die Geschwulst nach, ohne jedoch ganz zu schwinden, so daß von einer wirklichen Heilung bis heute nicht die Rede sein kann. Auf eine alte, nicht mehr virulente, geheilte Epididymitis hatten zwei Injektionen zu 1,0 g keinen Einfluß, dagegen gelang es mir neuerdings bei einem Patienten Knoten, die von einer doppelseitigen Nebenhodenentzündung zurückgeblieben waren, durch drei Dosen von je 0,5 g

Digitized by Google

zu lokaler Reaktion zu bringen und schon nach kurzer Zeit wesentlich zu verkleinern. Dieser Patient hatte sich lange Zeit mit seinem hartnäckigen Tripper gequält, der von einer 6—8 mal rezidivierten doppelseitigen Nebenhodenentzündung begleitet und erst vor ungefähr einem halben Jahr geheilt war. — Von zwei Patienten mit totaler mittelschwerer Gonorrhöe ohne Komplikationen reagierte der eine mit 37,8°, der andere mit 37,1°, ohne daß je zwei Injektionen irgend eine Wirkung auf den nicht komplizierten gonorrhoischen Prozeß ausgeübt hätten. Zwei Patienten mit hartnäckigem, chronischem, aber virulentem Tripper, den sie anfangs vernachlässigt hatten, vakzinierte ich ohne einen Erfolg zu erwarten unter Fortsetzung der gewöhnlichen Behandlung, die hier in Dilatationen, urethroskopischen Ätzungen und JANETschen Spülungen bestand. Der eine Patient war bereits seit vier, der andere seit sechs Monaten in meiner Behandlung; beim ersteren erhielten sich die Gonokokken in 4—5 infizierten LITTRÉschen Drüsen, beim letzteren in einer beginnenden, eine Verengung verursachenden diffusen Infiltration in der Mitte der Pars pendula, wozu noch eine leichtsinnige Lebensweise beider Kranken kam. Der Tripper des ersten Patienten hatte am 13. XI. 1911 begonnen und brach jedesmal nach seinen häufigen Exzessen wieder aus. Zuletzt rezidivierte er nach fünftägiger Pause in der Behandlung am 28. II. 1912. Nach einer Injektion von 0,5 g Arthigon am 6. III. stieg die Temperatur auf 37,3°, wurde am nächsten Tage aber wieder normal. 1,0 g löste am 9. III. eine Reaktion von 37,5° aus. Nach weiterer zehntägiger Behandlung war Patient am 19. III. geheilt. Im zweiten, ähnlichen Falle heilte der mit Unterbrechungen sechs Monate hindurch behandelte vielfach vernachlässigte hartnäckige Tripper nach einer einzigen Injektion mit 0,5 g Arthigon innerhalb zweier Wochen, trotzdem nach der Impfung die Behandlung nur in derselben Weise wie vorher fortgesetzt wurde.

Nach diesen paar anspruchslosen Versuchen zu urteilen, scheint sich die Vakzination zur Unterstützung der Behandlung bei gonorrhoischen Komplikationen gut zu bewähren, besonders bei Epididymitis. Viel unsicherer ist ihre Wirkung bei gonorrhoischer Gelenkentzündung oder Prostatitis. Auf den Tripper der Harnröhre ohne Komplikationen hat sie keinen Einfluß, dagegen ist sie empfehlenswert in hartnäckigen Fällen mit periurethralen Infiltraten, oder in Fällen, wo die Gonokokken in den LITTRÉschen Drüsen ihre schwer erreichbaren Schlupfwinkel haben. Das Mittel ist nicht ganz gefahrlos oder indifferent, und ein kühnes Einspritzen zu großer Dosen ist zu vermeiden. Der Grad der Wirkung schwankt in den verschiedenen Fällen anscheinend unberechenbar: manchmal ist sie vorzüglich, ein andermal wieder bleibt sie ganz aus.

Es sei nun erlaubt, die Behandlungsweise, die ich in akuten Fällen von Gonorrhöe anwende, kurz zusammenzufassen:

Ich mache den Patienten zunächst darauf aufmerksam, daß der Koitus, harter Stuhlgang, der Genuß von starken Gewürzen und geistigen Getränken sowie Bewegung und zu vieles Gehen schaden. Nach mikroskopischer Feststellung der Infektion nehme ich mit einer Hypermanganlösung von 1:8—6000 eine Spülung der Urethra nach JANET vor. Der nächste Tag entscheidet dann über die weitere Art der Behandlung: hat sich die Entzündung gesteigert, so setze ich die erwähnten Spülungen fort, ist sie stationär geblieben oder hat sie nachgelassen, so spritze ich außer der Spülung etwa 2—3 ccm 0,5%ige Lapislösung vorn in die Harnröhre und lasse sie ½ Minute darin. Oft hört der Tripper bei solcher Behandlung schon nach 3—4 Tagen auf. In solchen Fällen setze ich dann, vom 5.—6. Tage angefangen, nur die JANETschen Spülungen mit Lösungen von 1:6—4000, sogar von 1:2000, täglich einmal noch eine oder zwei Wochen hindurch fort.

Verbreitet sich der Tripper infolge unzweckmäßiger Lebensweise des Patienten nach rückwärts, oder sucht mich der Patient bereits mit einem solchen Tripper auf, so verordne ich in erster Reihe Ruhe, Salol, Urotropin oder Helmitol und erkläre ihm, wie er zu urinieren hat. Es ist unbedingt nötig, dem Patienten das

Digitized by Google

gewohnte Entleeren der letzten Portionen des Urins in mehreren, ruckweise nacheinander folgenden Strahlen streng zu untersagen, weil dadurch die Entzündung der Pars posterior — bis zum Bluten — außerordentlich gesteigert wird. Die Janetschen Spülungen setze ich behutsam fort, und zwar so, daß die ganze Harnröhre und auch die Blase gefüllt wird. Tritt keine Besserung ein, dann setze ich mit der Janetschen Behandlung aus und tropfe nach rückwärts in den Schließmuskel der Urethra durch einen Guyonschen Katheter eine $^1/_{10}$—$^1/_4$ %ige Albarginlösung. Tritt trotzdem eine Verschlimmerung ein, so verordne ich dem Patienten eine 4—5—7 tägige Bettruhe, um Komplikationen vorzubeugen. Inzwischen setze ich die Guyonschen Instillationen mit Albargin so lange fort, bis die zweite Portion des Urins sich deutlich zu klären anfängt. Dann setze ich die Janetschen Spülungen mit Hypermangan wieder fort und lasse eventuell gleichzeitig vordere prolongierte Einspritzungen mit schwacher Albarginlösung vornehmen.

Bleibt aber die erste Portion des Urins, auch nachdem die zweite wieder klar geworden ist, wochenlang trüb oder läßt überhaupt die Heilung auf sich lange warten, dann untersuche ich die Harnröhre mit dem Urethroskop und ätze alle stärker entzündeten Partien mit 1 %iger Lapislösung. Bilden sich dagegen tiefer gelegene Infiltrate, die sich teils durch äußeres Betasten, teils durch Einführung eines Urethroskops oder eines Bougie à boule wahrnehmen lassen, so setze ich die Ätzungen mit dem Urethroskop fort, beginne aber bald darauf mit Erweiterungen der erkrankten Partie mittels Sonde oder Dilatator. Einfachere Entzündungen der Littréschen Drüsen pflege ich außer den Ätzungen auch mit Massage mittels Knopfsonden zu behandeln. Gleichzeitig mache ich auch Janetsche Spülungen mit $KMnO_4$ in der Weise, daß ich an einem Tag mit dem Urethroskop untersuche und mit Lapis ätze, am anderen Tag nach Janet behandele, eventuell vorher mechanisch dehne. Reizt die Einführung von Instrumenten zu stark, so setze ich damit ganz aus und mache eine Zeitlang ausschließlich Spülungen.

Für unbedingt notwendig halte ich eine öftere Anwendung des Endoskops vor der Erteilung des Ehekonsenses. Natürlich sind von Fall zu Fall außerdem auch die üblichen Provokationen anzuwenden, jedesmal den besonderen Umständen und Erfordernissen entsprechend. Provozierend wirken u. a.: Unterbrechung der Behandlung, Biertrinken, anstrengende physische Arbeit, Koitus (mit Kondom), Instillationen von $^1/_2$—1 %iger Lapislösung in die Urethra, Ausspülen der Harnröhre und der Blase mit Silberlösungen von 1:10—5000, Prostatamassage usw. Die Untersuchung folgender Sekrete kann sich als notwendig erweisen: erster Morgenurin, Tagesurin, Filamente des Urins, Prostatasekret oder auf mechanischem Wege erzeugtes sogenanntes Reizsekret usw.

So sehr eine gewissenhafte Untersuchung vor der Erteilung des Ehekonsenses gefordert werden muß, so sehr wird man die öfters erhobene Forderung, den Ehekonsens zu verweigern, solange im Sekret bzw. in den Filamenten Eiterzellen vorhanden sind, für undurchführbar halten müssen. Wenigstens halte ich sie ganz entschieden für unberechtigt. Es ist wohl richtig, daß die Gonokokken stets von Eiterzellen begleitet sind, umgekehrt kann aber nicht behauptet werden, daß dort, wo Eiter vorhanden ist, auch Gonokokken sein müssen. In zahlreichen Fällen folgt auf einen längst geheilten Tripper ein jahrelang dauernder postgonorrhoischer Katarrh, der manchmal mit ziemlich bedeutender Eiterung verbunden ist. Es wäre falsch, wegen des Sekretes eine Gonorrhöe zu vermuten und wegen eines bereits unschädlichen katarrhalischen Prozesses die Heirat zu vereiteln. Solche Fälle

Digitized by Google

überweise man einem Spezialisten, der nicht aufs Geratewohl, sondern nach ruhiger und gründlicher Untersuchung mittels aller uns zur Verfügung stehender Proben, den Ehekonsens erteilt oder vorläufig verweigert.

Ich bin, wie aus dem bisher Gesagten hervorgeht, in der Behandlung des akuten Trippers der Anhänger sofort einsetzender schonender JANETscher Spülungen mittels 100 ccm fassender Spritze.

Bei subakutem und chronischem Tripper halte ich außer den Spülungen die Anwendung des Urethroskops und schonender mechanischer Behandlung für unerläßlich; in einzelnen hartnäckigen, veralteten Fällen können nur diese allein zum Ziele führen.

Die von mehreren Seiten empfohlene Einspritzung starker konzentrierter Silberlösungen in die Harnröhre verurteile ich bei akuter Gonorrhöe und halte sie für gefährlich; in hartnäckigen Fällen von Gonorrhoea anterior dagegen halte ich zur Unterstützung der übrigen Behandlung prolongierte Einspritzungen organischer Silbersalze in schwachen Lösungen für zweckmäßig.

In Fällen, die zu Abortivkuren geeignet sind, kann der Arzt auf die beschriebene Weise ½—1,0%ige Lapislösung zu vorderen Einspritzungen mit Erfolg verwenden.

Die Vakzination halte ich bei Komplikationen der Gonorrhöe zur Ergänzung und Unterstützung der übrigen Behandlung angewendet, unbedingt für einen großen Fortschritt und wende sie gern an.

Zum Schlusse möchte ich ganz entschieden Verwahrung einlegen gegen die weit verbreitete und oft genug auch von Ärzten vertretene irrige Meinung, daß der Tripper unheilbar sei und die JANETschen Spülungen schädlich wirkten. Jeder Tripper ist heilbar, und eine richtig durchgeführte JANETsche Behandlung hat noch niemandem geschadet.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 11. Februar 1913.

Originalbericht von Dr. O. SPRINZ-Berlin.

1. BLASCHKO stellt einen Kranken mit einer dem **Ekzema folliculare** ähnlichen Erkrankung vor und zeigt Photographien, die früher beobachtete Fälle dieser Art betreffen. Bl. hat diese relativ seltene Affektion als erster im Jahre 1889 beschrieben. Am Rumpfe oder Extremitäten treten stark juckende Stippchen auf, unregelmäßig gruppiert, den Follikeln entsprechend. Unter zentraler Konfluenz kann der Herd Handtellergröße erreichen, oder die Krankheit wandert fast über den ganzen Körper hinweg. Unter geeigneter Therapie geht die Erkrankung zurück, es kann sogar Spontanheilung eintreten. Es ist eine banale Krankheit, die leicht übersehen wird. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Mykose, doch wurden nur Kokken, aber keine Pilze gefunden. Das Krankheitsbild unterscheidet sich durchaus vom Ekzema seborrhoicum Unna. Besonders charakteristisch ist das akute Auftreten, das starke Jucken, die Ausbreitung über große Flächen und das oft spontane Abheilen.

Digitized by Google

2. Löhe zeigt einen 37jährigen Mann mit **Akrodermatitis atrophicans (Herxheimer).** Patient stammt aus gesunder Familie, seit einiger Zeit Gliederreißen, sonst gesund, auch vier gesunde Kinder. Die vorliegende Erkrankung begann vor ca. 1 Jahre im Anschluß an feuchte Arbeit. Damals stellten sich an der Ulnarseite des linken Unterarmes rote Streifen ein. Danach trat ganz plötzlich die noch bestehende Erkrankung auf, ohne sich in der Folge viel zu verändern. Die Extremitäten sind symmetrisch, die peripheren Abschnitte derselben am stärksten befallen. Die Erscheinungen sind da, wo sie am jüngsten sind, am deutlichsten. Die beiden Arme, von der Schulter bis zu den Händen, sind von blaurot verfärbter, in Falten abhebbarer Haut eingenommen, durch welche die Venen hindurchschimmern. In der Mitte dieser Haut verläuft vom Ellenbogen bis zur Hand herabreichend ein derber, festaufliegender, sklerodermieartiger Streifen von gelber Farbe und ungefähr 2 cm Breite. Die livide Verfärbung besteht auch an der Hand; Hand und Finger sind stark verdickt. Das derbe Ödem steht merkwürdigerweise im Vordergrunde, nicht die Atrophie. Die Hand steht in Abduktion und Flexion; die Bewegungsbeschränkung ist nur eine aktive, passiv ist die Beweglichkeit frei. An den alten Stellen liegt die Haut fest auf, zeigt hier dünne zarte Fältelung. Man könnte an ein Leiden nervösen Ursprungs denken, aber die neurologische Untersuchung ergab nichts Derartiges. Mikroskopisch finden sich die elastischen Fasern vernichtet. Rusch wies darauf hin, daß die Venen obliterierende Phlebitis zeigen. Das ist auch in diesem Falle sehr deutlich.

3. Heller: Patient mit Tuberkulose in der Anamnese. Die Hautaffektion besteht seit 1909. Das Krankheitsbild setzt sich zusammen aus multiplen Herden mit erythematösem Rande, zentraler Atrophie und zahlreichen kleinen Pusteln. In der Backenbartgegend findet sich an Stelle der Haare eine glatte dünne Haut. Dabei ist anamnestisch eine Röntgenatrophie auszuschließen. Schnurrbart- und Kinnhaare sind erhalten; auch in der Gegend des Hodensacks sind reichliche Pusteln. Man könnte an Lupus erythematodes denken, es fehlen aber die charakteristischen Hornkegel. Gegen Ekzema seborrhoicum spricht die Narbenbildung. Die Diagnose ist auf **Ulerythema sykosiforme Unna** zu stellen. Stets handelt es sich um impetiginöse Prozesse, daneben auch um fibrinös-exsudative, worauf Sack besonders aufmerksam gemacht hat.

4. G. Fritsch (a. G.), **Über die Besonderheiten des Haupthaares der menschlichen Rassen und seine Bildungswerkstätte.** Redner erläutert zunächst kurz die Anlage und den Bau des Haares. Er betont ausdrücklich, daß es eine Haarbildung ohne Papille nicht gebe: die Haare sind alle auf einer Papille gewachsen. Die Stachelschicht senkt sich zur Papille herab und wird von dieser wieder in die Höhe getragen; dem müßten wir bei der Bezeichnung der einzelnen Scheiden Rechnung tragen. Die Haarfasern sind das Haar. Wenn auch gelentlich im Innern die Elemente nicht völlig verhornen, so dürfen wir doch nicht von Rinde sprechen. Man könnte höchstens das Oberhäutchen des Haares Rinde nennen. Nur $^2/_3$ der Kopfhaare haben Andeutung von Mark. Zwischen Bulbus und Papille existiert ein Lymphraum, durch den die Pigmentzellen hindurchtreten. Unnas Haarbeet findet sich stets an dem Ansatze des M. arrector pili. Das Haar scheint noch in sehr lebhaftem Säfteaustausche mit den Nachbarteilen. So sieht man noch am ergrauenden Haare (einer Negerin) von der Papille her neues Pigment in das Haar hineinwandern. Diese Pigmentwanderung kann allein das intermittierende Ergrauen erklären. Das Pigment kann ebenso, wie es einwandert, wieder resorbiert werden. Der Druck der Wurzelscheide verjüngt das noch junge, weiche Haar an einer Stelle über der Papille; dies wird später durch Säfteaufnahme — Imbibition — wieder ausgeglichen.

Digitized by Google

Die vergleichend-anatomische Betrachtung des Haupthaares zahlreicher Völkerschaften des ganzen Erdkreises ergab das wichtige Resultat, daß die Haare bei den verschiedenen Rassen eine ganz außerordentliche Variabilität erkennen lassen. So finden sich bei den Sudanesen kantige und nierenförmige Papillen; auch Doppelpapillen kommen vor. Es läßt sich eine Gruppenstellung der Haare nachweisen, doch gibt's hier wieder große Verschiedenheiten. Sehr häufig findet sich eine Doppelhaargruppe oder ein stärkeres Haar mit zwei schwächeren. Danach sind gewisse Rassen zu unterscheiden, und die Reinheit der Rasse zu beurteilen. Das Haarbild des Inders ähnelt — entsprechend der Blutsverwandtschaft — sehr dem unsrigen. Die Araberhaut ist sehr trocken, die Haare stehen einzeln, die Haartrichter fehlen. Die Papuas haben sehr kräftige Wurzelscheiden, ihre Haare haben auffällig wenig Pigment. Die Nigritier haben die stärksten Talgdrüsenanlagen. Die Ostafrikaner haben sehr große Schweißdrüsen. Der Einpflanzungswinkel der Haare ist sehr wechselnd. Die Hottentotten — die braun sind im Gegensatz zum Neger — haben eine ganz verworrene Einpflanzung der Haare, sie scheinen alle durcheinander eingepflanzt. Die Europäerhaare sind schräg eingepflanzt, aber die europäischen Rassen sind gemischt, und die Merkmale deshalb verwischt. Die Javanenhaare sind gerade eingepflanzt; das Chinesenhaar ist ganz besonders straff. Die Haarwurzelscheide der Hottentotten ist riesig gekrümmt, die Haare scheinen spiralig gedreht.

Wenn man alle diese Variabilitäten berücksichtigt, so kann man wohl sagen, es sind die Grenzen der Menschheit. (Demonstration zahlreicher Lichtbilder, s. S. 296 u. ff.)

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 20, Heft 2. Februar 1913.

Anfänge der Syphilisbeobachtung und Syphilisprophylaxe zu Frankfurt am Main 1496—1502, von Karl Sudhoff-Leipzig. Ein interessanter geschichtlicher Überblick über die Syphilis und ihre Behandlung durch die (Stadt-) Behörden aus den Jahren 1496—1502.

Über Neurodermitis chronica faciei (Lichen simplex chronicus faciei), von Erich Hoffmann-Bonn. Es handelt sich um eine hartnäckige und anfallsweise äußerst heftig juckende Krankheit. Die graurötliche bis bräunliche, matte, glanzlose Beschaffenheit der Haut, die chagrinartige Felderung im Zentrum, die grauen, glanzlosen polygonal begrenzten, den Hautfeldern sich anschließenden Lichenknötchen in der peripheren Zone, die geringen dünnen, festhaftenden Schüppchen, das Fehlen deutlicher Bläschen und meist auch des Nässens bilden mit den Juckkrisen das Hauptcharakteristikum. Objektiv ist der intensive Pruritus an den Kratzstellen der Augenbrauen, das ein richtiges Zeichen darstellt, nicht selten zu erkennen. Auch die Beteiligung des Lippenrots und der Konjunktiven, also das Befallensein von Schleimhäuten, ist bemerkenswert. Die Neurodermitis faciei tritt in drei Formen auf: einer umschriebenen, einer diffusen Affektion vom gewöhnlichen lichenoiden Typus und einer Erkrankung, bei der Urtikariaquaddeln und umschriebene Ödeme vom Charakter des Quinckeschen das Krankheitsbild verändern.

Therapie: 5—11% Tumenolammonium Pasta Sol. lithanthracis acetonica und Röntgenbestrahlungen.

Digitized by Google

Zwei Fälle von Phlebitis und Periphlebitis syphilitica faciei, ein klinischer und histologischer Beitrag von Walter Fribobs-Bonn. Bei einem Patienten mit Rupia syphilitica, dessen Infektion angeblich erst fünf Monate zurückliegt, befand sich beiderseits neben dem Auge ein bleistiftdicker harter Strang, der durch eine spezifische antisyphilitische Therapie beeinflußt werden konnte.

Bei einem anderen Patienten, der von einer syphilitischen Ansteckung nichts wußte, waren am Kopfe strangförmige und plattenförmige subkutan gelegene, zum Teil dem Verlauf von Gefäßen folgende Gebilde zu sehen. Außerdem zeigte ein Teil der Stirn und des behaarten Kopfes eigenartige braunrot gefärbte, zentral vertiefte, rundliche oder streifenförmige Herde, die früher ebenso gewesen sein sollen, wie die eben genannten Knoten und Platten. Histologisch handelt es sich in beiden Fällen um Tumorbildungen, und zwar sind diese aufgebaut aus einer Anzahl rundlicher oder sonstwie gestalteter Einzelherde, die alle das gemeinsam haben, daß sie aus epitheloiden blassen und kleinzelligen, dunkel gefärbten mononukleären Zellen bestehen. Derartige Zellen sind stets über jedes Feldchen hin verstreut. Diese Infiltrate haben sich um Gefäße, ausschließlich um Venen mit allen ihren Nebenästen herum entwickelt, so daß die Gefäße selbst stark pathologisch verändert sind.

Therapie: kombinierte Quecksilber-Salvarsanbehandlung.

Zur Klinik und Ätiologie einiger am weiblichen Genitale auftretender seltener Geschwürsformen, von G. Scherber-Wien. Neben den syphilitischen Ulzerationen und Ulcera mollia gibt es außer den bei Herpesausbrüchen auftretenden Substanzverlusten noch andere geschwürige Affektionen, wie die der Balanitis erosiva und gangraenosa des Mannes analogen erosiven gangränösen Geschwürsprozesse, die entzündlichen Prozesse echt diphtherischer Infektion, die seltenen, meist in Impfperioden auftretenden Vakzinepusteln und Vakzineulzerationen, die bei akuten Infektionskrankheiten, besonders bei Typhus, beobachteten geschwürigen Prozesse, die recht seltenen echt tuberkulösen Ulzera primärer und sekundärer Natur und die ganz vereinzelt beschriebenen serpiginösen, äußerst hartnäckigen, durch Gonokokken hervorgerufene Geschwüre; ferner die nach blasiger Abhebung des Epithels entstandenen Erosions- und Wucherungsprozesse bei den verschiedenen Formen des Pemphigus und schließlich die bei Stoffwechselstörungen, besonders bei Diabetes, auftretenden erosiven und ulzerösen Veränderungen.

W. Chrzelitzer-Posen.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 5. Dezember 1912.

1. Die Todesfälle nach Neosalvarsan, von Leredde. In einer Diskussionsbemerkung zu dem Vortrag von Darier in der letzten Sitzung bespricht Leredde die beiden jetzt herrschenden Ansichten über die Ätiologie der Todesfälle nach Salvarsan und Neosalvarsan. Die einen, wie Darier, führen sie auf eine Vergiftung durch mangelhafte Ausscheidung des Mittels zurück, die anderen, wie Leredde selbst, betrachten sie als Folge einer Herxheimerschen Reaktion. Die letztere Ansicht führt dazu, die Anfangsdosis klein zu nehmen und allmählich zu steigern. Die erstere erfordert näheres Studium der Ausscheidungsverhältnisse von Salvarsan und Neosalvarsan und genaue Untersuchung der Funktion der ausscheidenden Organe vor der Injektion. In beiden Fällen, so schließt Leredde, ist es notwendig, erhöhte Vorsicht bei der Anwendung der genannten Mittel walten zu lassen und damit ist schließlich den Kranken der größte Dienst erwiesen.

Digitized by Google

2. Reaktion nach intravenösen Salvarsaninjektionen, von Carlos da Silva. Prioritätsanspruch.

3. Syphilitische Reinfektion, von Alex Renault. Verfasser bezweifelt, daß es sich in dem von Lacapère vorgestellten Falle um eine Reinfektion handle, da es nicht ausgeschlossen ist, daß bloß eines der nach Salvarsan öfters beobachteten, schankriformen Rezidive vorliegt.

Dagegen scheint der von Gastou und Sanglier-Lamark vorgestellte Fall eher eine Reinfektion zu sein, obwohl bei ihm der Zwischenraum zwischen zweitem Primäraffekt und Roseola nur 23 Tage beträgt.

4. Nekrolog für Danlos, von Hudelo.

5. Behandlung des Hautepithelioms mit Radiotherapie, von Ehrmann. Ehrmann berichtet über zwei Fälle von Epitheliomatose der Haut, im zweiten Falle auch der Nasenschleimhaut, die mit starken Röntgendosen behandelt wurden. Die Bestrahlung hatte ausgezeichneten therapeutischen Effekt und blieb ohne Schaden für den Patienten.

6. Ichthyosiforme, symmetrische, zirkumskripte und progressive Erythrodermie, von L. Brocq, Fernet und Delort. Genaue, zu kurzem Referate nicht geeignete Beschreibung eines Kranken, der seit seinem sechsten Lebensjahre an einer chronischen Hautaffektion leidet, die sich hauptsächlich in diffuser Rötung, feiner Abschuppung und Atrophie manifestiert. Die Affektion kann weder unter Psoriasis vulgaris noch unter Keratosis psoriasiformis, Pityriasis rubra pilaris oder Parapsoriasis eingereiht werden. Am meisten ähnelt der Fall der Erythrodermia congenita ichthyosiformis, doch fehlt die Heredität. Er dürfte deshalb in eine der genannten Krankheit nahestehenden Gruppe mit dem von Darier am 1. 6. 1911 vorgestellten Falle von verrukoser Erythrokeratodermie gehören.

7. Pigmentsyphilis mit Ekzem der Hautfalten, von F. Balzer, Belloir und Lamare. Ein 20jähriger Mann hat vor einem halben Jahre Syphilis akquiriert, die einen schweren Charakter annahm. Da er sie aber ungenügend behandelte, wurde er sehr kachektisch. Hervorzuheben ist die generalisierte Pigmentsyphilis und Ekzem der Hautfalten. Dieses scheint auf dem Boden der Syphilis entstanden zu sein, denn es wurde durch Neosalvarsan ebenso wie das papulöse Syphilid zur Heilung gebracht und es blieb nur eine geringe Lichenifikation zurück. Das Leukoderm wurde nicht beeinflußt. Besprechung der Ätiologie des letzteren.

8. Intoleranz gegen Salvarsan, von Milian. Verfasser führt in einer größeren Arbeit aus, daß es Leute gibt, die gegen Salvarsan intolerant sind; deshalb ist es notwendig, sie rechtzeitig zu erkennen und die Dosis tolerata zu bestimmen. Die Intoleranz äußert sich in schweren Zufällen und in geringfügigen, warnenden Symptomen. Die letzteren treten gleichzeitig mit der Injektion auf, kurz nachher oder nach einem längeren Zwischenraum. Zu gleicher Zeit mit der Injektion machen sich Geschmackssensationen (salzig usw.) bemerkbar, dann Drüsensekretionen (Tränen- selten Speichelfluß, Durchfälle) und vasodilatatorische und kardiale Symptome (Kongestion des Gesichts, Schwellung der Lippen und Zunge, Präkordialangst, Kollaps, Pulsverlangsamung). Die kurz (1—2 St.) nach der Injektion auftretenden Phänomene, wie Schüttelfrost, Fieber, Übelkeit, Erbrechen, sind an und für sich kein Zeichen für eine bestehende Intoleranz. Eine größere Bedeutung gewinnen sie erst, wenn sie sehr intensiv und prolongiert sind, wenn sie sich bei jeder Injektion, selbst bei Herabsetzung der Dosis, wiederholen, oder wenn sie erst bei einer späteren Injektion auftreten. Die warnenden Symptome, die nach einem größeren Zwischenraume auftreten sind persistierende Übelkeit, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Ohrensausen, Schmerzen verschiedener Art, Andauern des

Digitized by Google

Fiebers, subikterische Färbung, Kongestionen des Gesichts, Konjunktivitis. Der Allgemeinzustand sinkt bei den Intoleranten im Gegensatze zu anderen Individuen.

Die schweren Zufälle nach Salvarsan bestehen in unstillbarem Erbrechen, skarlatiniformen Erythemen, Ikterus usw.

9. Spätfolgen nach Neosalvarsan durch Zinkpaste verstärkt. Tod, von GOUBEAU. Ein 42jähriger Mann erhielt wegen Leukoplakie und schwach positivem WASSERMANN innerhalb von 17 Tagen 2,65 Neosalvarsan, das ohne besondere Beschwerden vertragen wurde. Zehn Tage nach der 4. Injektion wurde er von einer Urtikaria befallen. Nach weiteren 2 Wochen wurde der Verfasser zu dem Kranken gerufen und fand ihn in einem schweren Zustande von einer skarlatiniformen Dermatitis ergriffen. Vier Tage später starb der Patient. Er hatte von einem anderen Arzte Einreibungen des ganzen Körpers mit Zinkpaste verordnet bekommen. GOUBEAU ist nun der Meinung, daß diese tödliche Arsenvergiftung durch die Behinderung der Hautausscheidung bedingt wurde. Zur experimentellen Erhärtung dieser Ansicht inizierte er je zwei Meerschweinchen mit der gleichen Dose von Neosalvarsan und bestrich dann je eines völlig mit Zinkpaste. In dem einen Versuche starb das bestrichene Tier früher als das andere, im zweiten blieb das nicht bestrichene am Leben.

Diese Beobachtung führt den Verfasser zu dem Schlusse, daß es wichtig ist, bei Leuten, die einer Salvarsan- oder Neosalvarsanbehandlung unterworfen werden sollen, die tadellose Funktion der Haut zu prüfen. Ferner soll man bei Patienten mit einem toxischen Erythem oder mit ungenügender Nierenfunktion, nie größere Körperteile mit Salben oder Verbänden bedecken.

10. Die maximale Variation der WASSERMANNschen Reaktion, von LEREDDE und RUBINSTEIN. Man kann den Grad des positiven Ausfalls der WASSERMANNschen Reaktion bestimmen, indem man die stärkste Verdünnung sucht, die noch die Komplementablenkung gibt. Diese Bestimmung kann einen gewissen Wert haben, um die Intensität einer Infektion festzustellen, die sich klinisch als nicht so schwer darbietet, oder um einen äußerlich nicht sichtbaren Effeckt der Therapie zu erweisen. Eventuell ist es auch dadurch möglich, eine nervöse Syphilis oder eine beginnende Paralyse zu erkennen. Die außerordentliche Intensität der Reaktion bei progressiver Paralyse scheint für deren syphilitische Natur zu sprechen.

11. Das Fieber nach der ersten Salvarsaninjektion, von JEANSELME. Verfasser hat an einer großen Reihe von Kurven das Salvarsanfieber studiert. Er ist zu der Überzeugung gekommen, daß das Fieber spezifisch ist, ebenso wie das Fieber nach einer Tuberkulininjektion. Salvarsan ruft bei Nichtsyphilitikern kein Fieber hervor, ebenso nicht bei Syphilitikern im Latenzstadium.

12. Behandlung syphilitischer Schwangerer mit Salvarsan, von JEANSELME. Von 16 Graviden mit floriden Syphiliserscheinungen haben 14 ihr Kind ausgetragen und lebend geboren. Die Kinder lebten alle noch am achten Tage. Später sind 4 von ihnen gestorben, aber nicht an Syphilis. Zwei Frauen haben abortiert; bei der einen war der Fötus schon vor Beginn der Behandlung abgestorben, bei der anderen hatte die Behandlung eben erst mit 0,3 begonnen. Zwei im latenten Stadium behandelte Frauen gebaren ebenfalls lebende Kinder.

13. Alterationen des Lymphgefäßnetzes und Toxidermien, von AUDRAIN. Der Inhalt von Blasen und Vesikeln besteht hauptsächlich aus Lymphe; Blutserum mischt sich nur bei starker oder lange dauernder Reizung bei. Die Reaktion des Lymphnetzes variiert je nach der Körpergegend; deshalb richtet sich die Lokalisation einer Toxidermie nach der Aktivität des Lymphstromes. Z. B. werden akute toxische Einflüsse sich vor allem auf der Vorderseite des Unterarmes markieren, langsame mehr

Digitized by Google

auf der Rückseite. Die Reaktion richtet sich auch nach dem Allgemeinzustande des befallenen Individuums.

14. Behandlung einer Ranula mit Radiotherapie, von Barcat und Duhamel. Ein Patient litt an einer Ranula, die sich periodisch, meist während Mahlzeiten, füllte, um nach einigen Tagen wieder abzuflachen. Nach einer Evolution von mehr als zwei Monaten wurden zwei Röntgenbestrahlungen angewandt, die die Geschwulst zum Verschwinden brachten.

15. Malum Potti suboccipitale syphiliticum, von Gilbert, Lippmann und Brin. Ein 42jähriger Mann hatte vor 21 Jahren Syphilis akquiriert, die sich in der Folgezeit hauptsächlich an den Knochen manifestierte. (Zerstörung der Nase, Hyperostosen der Stirne usw.) Vor etwa einem Jahre verspürte er beim Heben einer schweren Last Schmerz und ein Krachen im Nacken. Die Symptome verschwanden zwar bald, doch blieb eine gewisse Schmerzhaftigkeit und eine Einschränkung der Beweglichkeit des Kopfes zurück. Vor kurzem fühlte er beim Stiegensteigen abermals heftiges Krachen im Nacken und er hatte das Gefühl, als ob der Kopf nach hinten rutschen würde. Er mußte ihn durch starke Muskelkontraktion fixieren. Bei der Aufnahme fand sich an verschiedenen Punkten Schmerzhaftigkeit; der Kopf konnte nur etwas nach rechts bewegt werden. Bei Ruhelage fühlte man im Nacken einen druckschmerzhaften Knochenvorsprung, der dem Dornfortsatze des 3. Halswirbels entsprach. Es wurde drohende Subluxation angenommen und der Kopf immobilisiert. Wegen positivem Wassermann wurde eine Quecksilberjodkur eingeleitet, die eine Minderung der Schmerzen und eine größere Beweglichkeit des Kopfes herbeiführte.

Sitzung vom 9. Januar 1913.

1. Syphilitischer Schanker am Daumen mit eitriger Gelenkentzündung, von Lebar und Jourdanet. Eine 63jährige Frau kam wegen einer 50 centimestückgroßen, runden, dunkelroten, gelblich belegten, mit erhabenem Rande versehenen Ulzeration am rechten Daumen zur Behandlung. Drüsenschwellung am Ellenbogen, Wassermann positiv. Die Kranke hatte sich infiziert, als sie ihrem Sohne, der einen gangränösen Primäraffekt am Penis hatte, Umschläge machte. Nach 5—6 Tagen schwoll der Finger enorm an und man fand eine eitrige Entzündung des Phalangealgelenkes. Durch Inzision und spezifische Behandlung rasche Heilung. Die Verfasser neigen der Ansicht zu, daß die Arthritis syphilitischer Natur war.

2. Syphilitische Reinfektion nach Salvarsan, von Milian und Sauphar. Am 20. 11. 11 kam ein Patient mit einer seit ca. 10 Tagen bestehenden Ulzeration am Gliede zur Behandlung, die als Primäraffekt diagnostiziert wurde. Die Anamnese (!) ergab, daß der Kranke im Mai desselben Jahres einen Primäraffekt hatte, der mit 3 intravenösen Salvarsaninjektionen (Dosis?) behandelt wurde. Die Sklerose wurde unbehandelt gelassen und am 24. 12. 11 trat eine konfluierende Roseola auf.

3. Sekundäre Spätsyphilide, von F. Balzer und Belloir. I. 64jährige Frau, die vor 39 Jahren Syphilis hatte, zeigt seit 3 Wochen an den 4 Extremitäten einen Ausschlag, der aus kreis- oder halbkreisförmig angeordneten, roten, leicht infiltrierten, schuppenden Flecken besteht. Ein ähnlicher Ausschlag hat schon zweimal vorher bestanden. II. Eine 54jährige Frau, die wahrscheinlich vor 20 Jahren infiziert wurde, hat seit 3 Monaten um den Mund mäßig erhabene, braunrote, teils konfluierte, scharf abgegrenzte Knötchen. An den Mundwinkeln und den Zungenrändern Schleimpapeln. Vor 2 Jahren hatte eine ähnliche Affektion bestanden.

4. Glatte Pigmentnävi oder „forme fruste" von Xeroderma pigmentosum von F. Balzer und Belloir. Bei einem 15jährigen Mädchen finden sich die Lippen,

Digitized by Google

Kinn, Nase, Stirne, Wange in verschiedener Intensität pigmentiert. Ferner bestehen pigmentierte Flecken auf den Fingern und der Wangenschleimhaut. Die Verfasser meinen, daß es sich hier um ein abortives Xeroderma pigmentosum handle.

5. Elefantiasis des Gesichts nach Erysipel, von F. Balzer und Lamare. Eine 49jährige Frau litt seit 11 Jahren öfters an Gesichtsekzem. 3 Jahre später trat zum ersten Male ein Gesichtserysipel auf, das hierauf während 8 Monaten rezidivierte. Nach dem letzten stellten sich die elefantiastischen Ödeme ein, die sich vorzüglich an den Unterlidern lokalisierten. Die Veränderungen erstreckten sich dann auch auf die Nase, Wangen und Ohren. Nach einem Ekzemschub nehmen sie an Intensität zu.

6. Die geringfügigen Zufälle nach Salvarsan und ihre Ursachen, von Leredde. Leredde opponiert in dieser Arbeit gegen die von Milian in der letzten Sitzung vorgetragenen Ansichten über die Intoleranz gegen Salvarsan. Er hält sie für unexakt, da sie glauben machen, daß die verschiedenen Reaktionen, die die mannigfachsten Ursachen haben, alle Erscheinungen von Intoleranz seien. Ferner hält er sie für gefährlich, da durch sie eine große Anzahl von Kranken nicht der Salvarsantherapie teilhaftig werden könnte. Nach Leredde sind die verschiedenen, den Injektionen folgenden Phänomene teils durch Fehler der Technik, teils durch die Herxheimersche Reaktion, teils durch Intoxikation bedingt. Die Intoleranz hält er für selten; deshalb soll man Kranken, die eine dieser Reaktionen zeigen, ruhig nochmals dieselbe Dosis verabfolgen.

7. Die Verunreinigungen des destillierten Wassers und die Zufälle nach Salvarsan, von Émery. Émery verliest einen Brief von Ehrlich, der ihm in seinen Ansichten über die Rolle der Verunreinigungen des Wassers, des Apparates usw. bei den Nebenwirkungen des Salvarsans zustimmt. Im Anschluß daran verbreitet sich der Verfasser ausführlich über seine des öftern vorgetragenen Anschauungen betreffs der Injektionstechnik.

8. Ergänzende Bemerkung über die Bedeutung des Fiebers nach der ersten Salvarsaninjektion, von E. Jeanselme und P. Jacquet. Im Anschluß an Jeanselmes Vortrag in der letzten Sitzung teilen die Verfasser mit, daß sie bei floriden Syphilitikern durch intravenöse Injektion kräftiger Dosen eines anderen Antisyphilitikums (Enesol, Hg cyan.) ebenfalls eine Temperatursteigerung erzielten. Wenn bei der zweiten Injektion ein anderes Medikament verabreicht wurde, trat kein Fieber ein. Diese Erfahrung spricht auch dafür, daß das Fieber nach intravenöser Injektion eines Antisyphilitikums spezifisch, durch Zerfall von Spirochäten bedingt ist.

Richard Frühwald-Leipzig.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Dezember 1912.

1. Wie soll man Salvarsan anwenden? von L. Brocq. In einer ausführlichen Arbeit bespricht Brocq die Schlußfolgerungen, die er aus einer 2jährigen Erfahrung mit Salvarsan gezogen hat. Zu einem kurzen Referate sind sie nicht geeignet. Es sei nur gesagt, daß der Verfasser angibt, wie man in den verschiedenen Stadien und bei den verschiedenen Manifestationen der Syphilis, sowie wie man sich zur Frage der Verheiratung eines Kranken verhalten soll. Für alle diese Fälle gibt er ein therapeutisches Schema. Brocq erklärt sich als unbedingter Anhänger der Kombination von Quecksilber mit Salvarsan. Er betont ausdrücklich, daß die Akten über Salvarsan und Neosalvarsan noch nicht geschlossen sind und daß es noch Jahre der genauen Beobachtung bedürfe, um ein abschließendes Urteil über diese Mittel fällen zu können.

Digitized by Google

2. Studie über die Lympho- und die Myelodermien. Manifestationen an der Haut bei leukämischen und aleukämischen Zuständen, von A. Nasta. In einer früheren Arbeit hat der Verfasser die genannten Krankheiten vom klinischen Standpunkte aus gesichtet und trotz verschiedener Differenzen in eine gemeinsame Gruppe der Erkrankungen des hämotopoetischen Systems eingereiht. Diesmal betrachtet er sie vom histologischen Standpunkte. Auf Grund dieser Untersuchungen findet er, daß die entzündlichen Lymphadenome und die Lymphgranulomatosen infektiöse Prozesse mit Drüsen- und Hautlokalisationen sind, die sich histologisch als reaktionelle, lymphatische Hyperplasie darstellen.

Die Lymphomatosen sind Drüsenerkrankungen ohne entzündliche Komponente und bestehen aus reiner, lymphoider Hyperplasie. Die Lymphosarkome sind vorwiegend Drüsenkrankheiten von neoplastischem Charakter. Die Hauterscheinungen sind wie bei der vorigen Gruppe sekundärer Natur. Die primäre Hautsarkomatose ist eine Neoplasie des Bindegewebes.

Die Mykosis fungoides ist eher entzündlicher als neoplastischer Natur; histologisch ist sie eine lymphoide- und Bindegewebshyperplasie, die sie von den vorigen Prozessen abtrennt und den Granulomen nähert.

3. Syphilis, Salvarsan, Neurorezidiv, Neosalvarsan. Schwere Intoxikation, von P. Bernardot. Ein 32jähriger Mann mit einer drei Jahre alten, sehr hartnäckigen Syphilis bekam wegen eines Rezidivs 0,5 Salvarsan intravenös, wodurch die Erscheinungen zur Abheilung gebracht wurden. Etwa $^1/_4$ Jahr später wurde er von heftigen Kopfschmerzen befallen, zu denen sich Schwindel, Erbrechen und Schwerhörigkeit links gesellte. Unter Quecksilberbehandlung besserte sich der Zustand. Darauf wurde ihm 0,5 Neosalvarsan intravenös verabfolgt. Er wurde am selben Abend von Erbrechen, Durchfällen und Schüttelfrösten befallen, bald darauf stellte sich ein schwerer, komatöser Zustand ein. Das Gesicht war gedunsen, vor dem linken Kopfnicker bestand eine Schwellung. Dieser gefährliche Symptomenkomplex verlor sich in einigen Tagen, doch blieb dauernde Taubheit des linken Ohres zurück.

4. Rezidiv eines Schankers in situ, von Paul Ravaut. Ein 22jähriger Mann wurde wegen eines Primäraffektes des Präputiums einer Salvarsan-Quecksilberbehandlung unterzogen. Der Primäraffekt heilte sehr langsam. 20 Tage nach Schluß der Behandlung trat an Stelle des früheren Schankers eine phagedänische Ulzeration auf, die keine Streptobazillen, aber Spirochäten enthielt. Heilung durch Neosalvarsan. Der Fall ist deswegen bemerkenswert, weil er leicht für eine Reinfektion hätte angesehen werden können.

5. Syphilitische Glykosurie, von Charles Laurent. Eine 52jährige Frau, die mit 20 Jahren Syphilis akquiriert hatte, wurde von Glykosurie befallen. Es bestanden keine sonstigen Zeichen von Diabetes und dieser wich auch nicht der üblichen diätetischen Behandlung. Es wurde eine spezifische Kur eingeleitet und nach drei Injektionen von grauem Öl war der Zucker verschwunden.

6. Häufigkeit der Syphilis des inneren Ohres, von M. Rigaud. Verfasser hat unter 581 oto-rhinolaryngologischen Fällen 10,4% syphilitische Affektionen des inneren Ohres gefunden. Er glaubt aber, daß die Frequenz noch höher sei.

Januar 1913.

1. Das Angio-Lupoid, von L. Brocq und L. M. Pautrier. Die Verfasser beschreiben an der Hand von sechs Fällen eine neue Dermatose. Diese tritt stets bei Frauen im Alter von etwa 40 Jahren auf und befällt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die oberen Teile der Nasenseiten, seltener den Nasenrücken, die Wangen usw.

Digitized by Google

Die Herde treten solitär, seltener in größerer Anzahl, manchmal symmetrisch auf. Sie stellen sich dar als flache oder wenig erhabene Knötchen oder Plaques, von runder oder ovalärer Form, von scharfer Begrenzung und bläulich roter, manchmal gelbmarmorierter Farbe. Auf Druck wandelt sich das Erythem in Gelb um, durch Glasdruck erscheint ein ausgebreitetes Netz von Teleangiektasien. Die bedeckende Haut ist glatt, verdünnt, ohne Schuppen und ohne Atrophie. Die Herde zeigen eine weiche Infiltration. Sie erreichen oft beträchtliche Größe, brauchen aber Jahre oder Monate zu ihrer Evolution. Sie sind indolent, zeigen keinerlei Neigung zu spontaner Rückbildung und sind sehr resistent gegen die Therapie (Skarifikation, Elektrolyse, Radiotherapie). Die Affektion unterscheidet sich vom Lupus vulgaris durch das Fehlen der charakteristischen Lupusknötchen, vom Lupus erythematosus, durch das Fehlen der zentralen Atrophie. Außerdem hat sie Ähnlichkeit mit Syphiliden, mit Lepra und dem großknotigen Typus des Boeckschen Sarkoids.

Die Krankheit befällt fast immer Individuen mit bazillären Antezedentien oder mit Verdacht auf Tuberkulose. Die Verfasser reihen also die Affektion vom klinischen Standpunkte in die Gruppe der atypischen Hauttuberkulosen ein.

Die histologische Untersuchung ergab folgende Veränderungen: Die Epidermis ist hochgradig verdünnt, besteht nur aus 3—4 Reihen abgeplatteter, stark pigmenthaltiger Zellen. Die Papillenstruktur ist verschwunden. Die oberste Kutis, an Stelle des Papillarkörpers, ist teils stark infiltriert, teils zeigt sie dilatierte, strotzende Kapillaren. Die Infiltration erstreckt sich von den obersten Schichten auf die mittleren und tiefen Kutislagen; im zentralen Teile besteht sie aus einem großen, diffusen Herde, an den Rändern aus zirkumskripten, durch Bindegewebe getrennten Knötchen. Der erstere besteht hauptsächlich aus Bindegewebs- und Epitheloidzellen, dazu kommen noch in Zügen angeordnete Lymphozyten und zahlreiche Riesenzellen. Die kleinen, zirkumskripten Knötchen bestehen zum Teil nur aus Lymphozyten, oder, und zwar ist dies die Mehrzahl, nur aus Epitheloidzellen; einige von letzteren enthalten einige Riesenzellen, oder haben einen schmalen peripheren Lymphozytensaum. Das Bindegewebe und die elastischen Fasern sind an den Stellen der Infiltration fast völlig verschwunden; an der Peripherie der Herde sind sie dicht zusammengedrängt. Unter dem großen Infiltrat, in der Subkutis, finden sich noch einige aus Epitheloidzellen bestehende Knötchen. Die Gefäße der tiefen Kutis und der Subkutis zeigen verdickte Wände und leicht wucherndes Endothel. Einige sind von einem Infiltrationsmantel umgeben. Das histologische Bild erinnert in höchstem Grade an Lupus tumidus non exedens. Tuberkelbazillen konnten nicht gefunden werden; ebenso war die Verimpfung auf Meerschweinchen erfolglos.

Der histologische Befund bestärkt also die klinische Annahme, daß es sich um eine atypische Hauttuberkulose handelt, die ihren Platz neben dem Lupus und dem Sarkoid von Boeck hat.

2. Sensorisch-motorische Polyneuritis mit Geistesstörung nach einer Salvarsaninjektion, von J. Abadie, G. Petges und J. Desqueyroux. Ein 19jähriger Mann mit einer zwei Monate alten, schlecht behandelten Syphilis, bekam kurz nach einer Verkühlung wegen Sekundärerscheinungen 0,6 Salvarsan intravenös. Zwei Tage darauf erkrankte er an heftigen, lancinierenden Schmerzen in den Unterextremitäten mit nächtlichen Exazerbationen. Bald darauf verschwanden die Sehnenreflexe und es trat Muskelatrophie ein, die drei Monate nach Beginn der Erscheinungen zu völliger Muskelinsuffizienz führte. Zu gleicher Zeit entwickelten sich dieselben Erscheinungen an den oberen Extremitäten, so daß vollständige Extremitätenlähmung bestand. Daneben traten Geistesstörungen, die hauptsächlich durch Verwirrung charakterisiert waren,

Digitized by Google

auf. Nachdem die Erscheinungen ihren Höhepunkt erreicht hatten, gingen sie rasch zurück, so daß der Kranke fünf Monate nach ihrem Beginne geheilt war. Die Verfasser erörtern nun die Frage, ob es sich hier um eine syphilitische Polyneuritis oder um eine toxische Wirkung des Salvarsans handle. Von der ersteren unterscheidet sich der vorliegende Fall durch das rasche Einsetzen und das rasche Zurückgehen der Lähmungen. Es mag also wohl eine toxische Wirkung von Salvarsan im Spiele sein. Doch sind die Krankheitssymptome nicht auf eine gewöhnliche Arsenwirkung zurückzuführen, da bei dieser die Polyneuritis nur langsam und inkomplett zurückgeht. Die Verfasser neigen sich eher der Ansicht zu, daß eine für Salvarsan spezifische Vergiftung vorliege. Sie wäre charakterisiert durch die lange Dauer des schmerzhaften Stadiums, die nächtlichen Verschlimmerungen, die Prädilektion für die Unterextremitäten, das Auftreten bald nach der Injektion, das späte Einsetzen und rasche Verschwinden der Lähmungen ohne Therapie, und die gleichzeitigen geistigen Störungen.

3. Bandförmige Sklerodermie der Stirne, von L. Danel. Bei einem 11jähr. Knaben entwickelte sich im Laufe eines Jahres ein sklerodermatischer Herd, der von der rechten Stirnseite gegen den Scheitel hinzieht. Er ist S-förmig, etwa 1 cm breit, von weißgrauer Farbe; die Epidermis zeigt geringe Fältelung, die Haut im ganzen ist derb, speckartig verdickt, etwas über das Niveau erhaben. Durch Elektrolyse wurde ein gewisser, aber mäßiger Erfolg erzielt, indem wenigstens die Kutis nicht in Atrophie überging.

4. Syphilis, Salvarsan, Intoxikation, Tod, von P. Bernardot. Eine 25jährige Kranke mit spezifischen Beingeschwüren erhielt 0,4 Salvarsan intravenös, die mit Ausnahme geringer Beschwerden gut vertragen wurden. 19 Tage später nochmals 0,4. 3 Tage nach der 2. Injektion fühlte sie sich etwas unwohl; später stieß sie während des Essens plötzlich einen Schrei aus und wurde von heftigen epileptiformen Krämpfen befallen. Hierauf verfiel sie in ein tiefes Koma, das nur von Zeit zu Zeit von den Konvulsionen unterbrochen wurde. Das Gesicht war gerötet, gedunsen, die Atmung geräuschvoll. Die Temperatur stieg allmählich an und die Kranke starb ohne aus dem Koma wieder erwacht zu sein. Die Sektion ergab Kongestion der Meningen und an zwei Stellen Verdickungen, die zweifellos auf eine frühere spezifische Meningo-Enzephalitis zurückzuführen sind. Leber und Nieren kongestioniert; in letzteren subkapsuläre Blutungen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Lehrbuch (früher Kompendium) der Haut- und Geschlechtsleiden einschließlich der Kosmetik. I. Band: Hautleiden und Kosmetik, von S. Jessner. Vierte, sehr erweiterte Auflage. Mit 33 Abbildungen auf 31 farbigen Tafeln und 7 Abbildungen im Text. (Würzburg 1913, Curt Kabitzsch.) Von dem in zwei Bänden erscheinenden Lehrbuch liegt der erste Band, der 391 Seiten umfaßt, und sich mit Hautleiden und Kosmetik beschäftigt nun vollständig vor. Das Werk zerfällt in einen allgemeinen und einen speziellen Teil. Im ersteren werden in kurzer und leichtverständlicher Weise die Anatomie und Physiologie der Haut, die allgemeine Diagnostik, das Verhältnis der Hautleiden zu inneren Krankheiten, die allgemeine Therapie und die dermatologische Chirurgie besprochen. Ein besonderer Abschnitt ist den physikalischen Heilmethoden gewidmet. Im speziellen Teil werden in einer für den Praktiker, und für diesen ist ja in erster Linie das Werk berechnet, wohl recht geeigneten Weise die Hautleiden er-

Digitized by Google

örtert, wobei der Hauptwert auf Diagnose und Therapie gelegt wird. Besonders zu erwähnen sind noch die beigegebenen 27 farbigen Reproduktionen von aus der Breslauer Dermatologischen Universitätsklinik stammenden Hautmoulagen, die überall willkommen sein werden. Auch die Zugabe von sechs farbigen, histologischen Bildern der normalen Haut nach Szymonowicz ist lobend anzuerkennen. Vielleicht wäre es angebracht gewesen, im Text für weniger wichtige Ausführungen Kleindruck anzuwenden, wodurch die schnelle Orientierung wohl noch leichter geworden wäre. — In den Kreisen der Praktiker darf dem Werk eine weite Verbreitung gewünscht werden.

Fendt-Wiesbaden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Gegenwärtiger Stand der Kenntnisse über Neosalvarsan, von Bayet. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 47.) Die Technik ist bei Neosalvarsan einfacher als bei Salvarsan, so daß eine Reihe von Fehlerquellen ausgeschaltet ist. Neosalvarsan wird im allgemeinen besser vertragen, doch darf man sich dadurch nicht zu exzessiver Dosierung verleiten lassen, sondern soll etwa ähnliche Dosen geben, wie sie sich beim Salvarsan bewährt haben. In der Wirksamkeit kommt es letzterem etwa gleich. Wegen der geringen momentanen Nebenerscheinungen ist Neosalvarsan dem Salvarsan dort vorzuziehen, wo intensive Reaktionen zu fürchten sind, also bei Tabikern, Paralytikern, Herzkranken, Arteriosklerotikern usw. Richard Frühwald-Leipzig.

Über Nebenwirkungen des Neosalvarsans, von J. Simon-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 43.) Bis zum August dieses Jahres sind auf der Hautabteilung der Universitätsklinik in Heidelberg 129 Kranke mit 310 Injektionen behandelt worden. Es ereigneten sich dabei zweimal Nebenwirkungen bedenklicher Art: Einmal handelte es sich um einen 23jährigen Kellner, der auf 0,6 Neosalvarsan nach vorheriger sonstiger Behandlung sehr bald nach der Injektion nicht allzu schwer kollabierte und vorübergehend ein intensives Erythem, schwachen Puls, erschwertes Atmen und Erbrechen aufwies. Bei dem anderen, 24jährigen Patienten traten vier Tage nach der Einspritzung schwere, mehrstündige Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Herzschwäche, leichte Albuminurie und ödematöse Schwellung an der Haut hervor. Im weiteren Verlauf der Beobachtung wurden die Injektionen ohne irgend welche Störung vertragen. Verfasser gelangt zu dem Resultat, daß bei sachgemäßer Verabreichung das Neosalvarsan als ungiftig zu bezeichnen ist. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Todesfall nach Neosalvarsaninfusion, von O. Busse und L. Merian-Zürich. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 43.) Ein 18jähriges Mädchen von gutem Ernährungszustand und ohne ausgesprochene Organerkrankung erhielt eine intravenöse Injektion von 0,6 Neosalvarsan, welche sie ohne irgend welche Beschwerden ertrug. Dieselbe Dosis wurde neun Tage später wieder gegeben. Nach anfänglich günstigem Verlauf erkrankte Patientin am dritten Tage p. i. mit Kopfschmerz, ikterischer Verfärbung an den Skleren und leichtem Tremor der Hände. Trotz energischer Therapie steigerten sich die Symptome mit Erbrechen, Fieber, Koma usw., und etwa 48 Stunden später trat der Tod ein. Die ausführlich beschriebene Autopsie ergab die ausgesprochenen Erscheinungen der akuten Arsenikvergiftung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Beziehungen der Akari zur Geschwulstätiologie, XVI. Mitteilung von E. Saul-Berlin. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 66, H. 7.) In Fortsetzung seiner früheren Versuche konnte S. nun den Nachweis an sechs Mammakarzinomen liefern, daß in Schnittpräparaten frisch fixierter Karzinome Milben, die von Demodexmilben verschieden sind, vorhanden seien, wenn es auch notwendig ist, sehr viele Schnittpräparate zu durchmustern, ehe man in einem einzelnen eine Milbe findet, die zudem oft schwer zu erkennen ist. Die statistischen, kasuistischen, epidemiologischen und histologischen Erfahrungen gestatten also nun, Milben für die Geschwulstätiologie des Menschen und der Tiere in Anspruch zu nehmen. Auch therapeutische Erfahrungen möchte S. für die Bedeutung der Milben als Geschwulsterreger in Anspruch nehmen und zwar in folgendem Sinn: ebenso wie Skabies und Räude durch interkurrente, fieberhafte Krankheiten (Pneumonie, Erysipel, Typhus) heilen können, ebenso zeigte sich dieselbe heilende Wirkung derselben bei Karzinomen, Sarkomen, Fibromen. Es folgt noch genaue Beschreibung der gewonnenen Schnittpräparate und eine mit Photogrammen belegte Charakteristik der Demodexmilben. Stern-München.

Experimentelle Studien über die Wirkung elektrischer Kauterisation auf Neubildungen, von Bentley Squier-New York. (Med. Record, 5. Okt. 1912.) Verf. hat in einigen Fällen von Blasengeschwülsten d'Arsonval-Ströme und Fulguration nach suprapubischer Eröffnung der Blase und chirurgischer Entfernung der Tumoren angewendet. Er hat einige Male ausgezeichnete, auch dauernde Wirkung beobachten können, in anderen Fällen, in denen es zu Rezidiven kam, die Blutungen günstig beeinflussen können. Er hat daraufhin eine Reihe von Experimenten an Tieren mit Impfkarzinom vorgenommen und schließt aus seinen Untersuchungen, daß der elektrische Strom in dieser Verwendung nicht als vollkommen harmlos anzusehen ist, daß er eine wirkliche Vernarbung der Gewebe nur in beschränktem Maße herbeiführt, und daß er keinerlei Wirkung in der Umgebung der direkt behandelten Stelle hervorbringt. Ebensowenig ist er imstande, wirklich alle Krebszellen vollkommen zu zerstören, und wenn er auch ein sehr wertvolles Mittel zur Blutstillung zu sein scheint, so kann er chirurgische Eingriffe und Resektion maligner Neubildungen nicht ersetzen. Die Wirkung ist wahrscheinlich nur die einer leicht zu handhabenden Kaustik. W. Lehmann-Stettin.

Intestinalstauung in Beziehung zur Krebsätiologie und -prophylaxe, von William Seaman Bainbridge-New York. (Journ. of the Med. Soc. of New Jersey, 1912.) Verf. setzt die Anschauungen Lanes auseinander, der davon überzeugt ist, daß eine Verlangsamung der Darmtätigkeit, ein gewisser Rückfluß und eine Rückstauung des Darminhaltes zur Resorption und Autointoxikation führen muß, die die allgemeine Widerstandsfähigkeit des Körpers herabsetzt und ihn für die verschiedensten Erkrankungen, insonderheit Krebs, leicht empfindlich macht. W. Lehmann-Stettin.

Über die Verwertbarkeit der Freund-Kaminerschen Reaktion, von L. Arzt und W. Kerl. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 46.) Bei Zusammenbringung von Karzinomextrakt mit Karzinomserum entsteht nach Freund und Kaminer eine Trübung, während bei Vermischung eines Karzinomextraktes mit Normalserum keine Trübung sich zeigt. Nach gleichzeitigen Feststellungen vernichtet Normalserum die Karzinomzellen in Aufschwemmungen nach 24stündigem Verweilen im Brutschranke, während die Einwirkung des Serums Karzinomatöser keine oder eine minimale Zellauflösung zeitigt. Um diese Befunde an einem größeren Material nachzuprüfen, wurde an der dermatologischen Klinik in Wien ein Untersuchungslaboratorium eröffnet, in welchem Material

Digitized by Google

von sämtlichen Kliniken und Spitälern Wiens einer dahingehenden Untersuchung unterzogen wurde; die erhaltenen Resultate sind in der vorliegenden Arbeit niedergelegt. Es ergibt sich aus den interessanten Einzelheiten, die im Original nachzulesen sind, daß diese beiden Proben in etwa 85% der Fälle eine richtige Diagnose ermöglichen, während in etwa 15% unrichtige Diagnosen gestellt werden. In einem Schlußwort besprechen E. Freund und Gisa Kaminer die Resultate und ihre Bewertung.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Lungenembolie nach intramuskulärer Quecksilberinjektion, von C. H. Mills. (Guys Hospital Gazette, 25. Mai 1912.) Bericht über eine Lungenembolie nach intramuskulärer Injektion von grauem Öl. Sie trat ein, trotzdem alle Vorsichtsmaßregeln beobachtet wurden, insbesondere konnte nach Einstechen der Kanüle kein ausfließendes Blut festgestellt werden. In wenigen Stunden waren übrigens alle Symptome verschwunden. A. Gunsett-Straßburg.

Wie uns das Gesetz vom alternierenden Auftreten von Krankheitssymptomen dazu gebracht hat, von einem gewöhnlichen Ekzem bei einem Säugling ausgehend, eine hereditäre Lues von wahrscheinlich paterner Herkunft zu entdecken, von Henri Pied. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 4.) Bei einem Säugling hatten die Eltern festgestellt, daß er sich viel wohler befand, wenn er sein Gesichtsekzem hatte. Einmal schwand dasselbe und es stellten sich bedrohliche peritonitische Symptome ein, ein anderes Mal trat vollständige Anurie zu gleicher Zeit mit Schwellung der Epiphyse des Humerus und Lösung der Epiphyse des Zeigefingers ein. Hierdurch fand man die hereditäre Lues des Kindes, welche auf diese merkwürdige Weise in Erscheinung getreten war. Der Vater wies eine Leukoplakia oris auf. A. Gunsett-Straßburg.

Die Stomatitis mercurialis „fruste", von A. Herpin. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 5.) Unter Stomatitis mercurialis „fruste" versteht Milian einen destruktiven Prozeß, welcher die Zähne an der Zahnfleischgrenze befällt und durch die erosive Wirkung des Quecksilbers bedingt ist, welches sich bei der Merkurialbehandlung an dieser Stelle ausscheidet. Der Verfasser hebt hervor, daß diese Form als selbständiges Krankheitsbild existiert und von der ihr am meisten ähnlich sehenden kuneiformen Lakunenbildung des Zahnes, einer nicht entzündlichen Erkrankung des Dentins auf dystrophischer Basis, wohl zu unterscheiden ist. Es sind Zahnerosionen, welche eher einer Karies gleichen und ziemlich rapide nach der Pulpahöhle sich ausdehen. Der Prozeß kommt zustande dadurch, daß das an dieser Stelle ausgeschiedene Quecksilber die Kalksalze des Dentins auflöst und so in den Zahn eine Bresche schlägt, durch welche sekundär Mikroorganismen einwandern, welche die organische Substanz zerstören.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Geschlechtskrankheiten als gesetzlicher Grund zur Lösung der Verlobungen und Trennung der Ehen, von Julius Heller-Charlottenburg-Berlin. (Med. Reform, 1912, Nr. 19.) Verfasser hat dieses rein juristische Thema in einer sehr interessanten Form zum Gegenstand eines Vortrages, während der ärztlichen Studienreise nach Amerika, gemacht. Unter anderem macht er auf die gegenteiligen Anschauungen betreffend den Heiratskonsens des Arztes und des Juristen aufmerksam. An und für sich ist ja die Frage, ob der Heiratende noch infektiös ist oder nicht, sehr schwer zu entscheiden — nicht nur hinsichtlich des Gonokokkennachweises, als bei der Syphilis, wo selbst der Wassermann die Sache noch mehr verwirrt als aufklärt. Jedenfalls ist

Digitized by Google

die Verantwortung des Arztes nicht zu unterschätzen. „Der Umstand, daß ein Arzt dem geschlechtskranken Mann gestattet hat, zu heiraten, schließt seine Leichtfertigkeit bei Aufnahme des ehelichen Geschlechtsverkehrs nicht aus, wenn der Arzt den Mann bei jeder ärztlichen Konsultation darauf hingewiesen hat, daß der Geschlechtsverkehr ansteckend sei." Bei der Erteilung des Heiratskonsenses wird sich der Arzt stets sagen müssen, daß zwar aus der früheren Krankheit gewisse Gefahren für den Nupturienten sich ergeben, daß aber seine Lebens- und Gesundheitserwartung so groß, die Infektionsgefährdung des anderen Ehegatten so klein, die Möglichkeit kranker Kinder so fern ist, daß er den Heiratskonsens ruhig geben kann. Schon um sich selbst vor Regreßansprüchen zu schützen, wird er diese seine Meinung mit der durch die Sache gebotenen Reserve dem Heiratslustigen mitteilen. Auch die Offenbarung des früher Geschlechtskranken seiner zukünftigen Gattin gegenüber schützt den Heiratslustigen nicht vor einer eventuellen Anfechtungsklage. Die gerichtlichen Urteile sind darin sehr verschieden. Die Lektüre dieses interessanten Vortrages ist zu empfehlen. Chrzelitzer-Posen.

Verschiedenes.

Vereinigung Nordwestdeutscher Dermatologen, 4. Tagung: Auf Einladung von Oberarzt Dr. Arning fanden am 26. Januar im Allgemeinen Krankenhaus St. Georg in Hamburg dermatologische Demonstrationen statt. Ca. 60 Herren aus Hamburg, Altona, Kiel, Rostock, Schwerin, Flensburg, Hannover, Bremen, Wilhelmshaven waren der Einladung gefolgt. Es wurden im ganzen 45 Fälle demonstriert und zwar folgende: Psoriasis, Lupus erythematodes, Wirkung des Ichthargan (Hannes); Strichförmiger Lichen (C. Unna); Maurerkrätze, Sarkoid (P. Unna); Neurofibromatosis Recklinghausen (Wolff); Neurofibromatosis, 2 Fälle, Urticaria pigmentosa, 2 Fälle, Karzinose der Haut (Arning); Purpura anularis telangiektodes, Fall zur Diagnose: Fungöse Hauttuberkulose oder ulzeröses Spätsyphilid, Dermatitis exfoliativa Wilson-Brocq, Fall zur Diagnose: Ausgebreitete perifollikuläre Herde von blauvioletter Farbe am Unterleib in symmetrischer Verteilung, Onycholysis sämtlicher Nägel und Keratose des Nagelbettes, Perifollikulitis des behaarten Kopfes in der Scheitelgegend (Delbanco); Verruga peruviana (Werner); Folliklis, Subkutanes Sarkoid (Typus Darier) der Wange bei Lupus erythematodes des Kopfes, Lupus vulgaris und Morbus Duhring, Tuberculosis cutis verrucosa, Lupus erythematodes mit Chloräthylfrierungen behandelt, Pemphigus acutus (Lewandowsky); Nävus mit Mastzellen (Brinnitzer); Acne necroticans frontis, Nävi (Tierfellnävus), 2 Fälle (Stroink); Prurigo, 2 Fälle, Hautveränderung bei Leukämie, Universelle Neurodermitis, Sklerodermie, 2 Fälle, Gonogotoxische Konjunktivitis, Balanitis, Keratose, 3 Fälle (Arning); Seltene Luesfälle, 3 Fälle, Excoriatio neurotica, Feminismus bei Hodenaplasie, 2 Fälle, Keloide bei Negerin (Ritter). Im Anschluß wurden von Gaertz und Delbanco Diapositive gezeigt, welche die histologischen Veränderungen bei experimenteller Kaninchensyphilis demonstrierten. Hans Ritter (Hamburg).

Der Privatdozent für Neurologie Dr. Richard Cassirer in Berlin erhielt den Professortitel.

Dr. Orville Horwitz, Professor der Urogenital-Chirurgie am Jefferson Medical College and Hospital in Philadelphia, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

22. März 1913 | Nr. 12 | Band 56

Aus dem Ostkrankenhause Berlin (Dirig. Ärzte: Prof. Dr. Kromayer u. Dr. v. Chrismar).

Sulfidal, ein modernes Schwefelpräparat zur Behandlung der Krätze.

Von

Dr. H. Winkler,

Leitender Arzt der Röntgen- und Hautabteilung.

Bei der Auswahl eines Mittels für die Behandlung der Krätze ist der Arzt gezwungen, auf verschiedene Faktoren Rücksicht zu nehmen:

1. Ein Präparat, das einem großen Teil der Körperoberfläche einverleibt wird und daher in ausgiebiger Weise zur Resorption gelangen kann, darf nicht giftig sein.

2. Es muß möglichst reizlos, reinlich und geruchslos sein.

Lassen wir kurz die Präparate, die bei der Krätzebehandlung hauptsächlich in Betracht kommen, in bezug auf die oben angeführten zwei Punkte Revue passieren, so sehen wir, daß das Naphthol akute Nephritis mit Eiweißausscheidung verursachen kann. Zumal bei Kindern, die an Krätze mit sekundärem Ekzem leiden, ist dies von Wichtigkeit, weil wegen der zarten Haut die Resorption gesteigert ist. Auch das als Ersatz eingeführte Epikarin kann als nicht ganz harmlos bezeichnet werden. Die beiden Balsame Styrax und Perubalsam können gelegentlich, wenn auch sehr selten, Nierenreizungen hervorrufen.

Was den zweiten Punkt anbetrifft, sollen die Präparate reizlos, sauber und geruchlos sein. Teerpräparate haben diese Eigenschaften nicht; auch nicht Styrax und Peru. Das verbreiteste Krätzemittel, der Schwefel, erfüllt in bezug auf den ersten Punkt diese Anforderungen; er ist nicht giftig, er vernichtet die Krätzemilben. Der zweiten Anforderung entspricht er nicht; er riecht, schmutzt und reizt, wenn auch letzteres in geringem Maße.

Das von Heyden in den Handel gebrachte Schwefelpräparat, „Sulfidal", scheint dagegen allen oben an ein Krätzemittel gestellten Anforderungen zu genügen.

Sulfidal ist ein Schwefelpräparat, dem infolge seiner chemischen Eigenart die dem Schwefel anhaftenden Mängel fehlen. Es ist ein kolloidaler Schwefel und enthält noch 25 % Eiweißkörper, also 25 % einer natürlichen kolloidalen Substanz, als Schutzkolloid, da der Zusatz

Digitized by Google

eines solchen natürlichen Kolloids eine Garantie bildet für die Konservierung der kolloidalen Zustandes.

Auf der Hautabteilung des Ostkrankenhauses haben wir nun Gelegenheit gehabt, an mehreren 100 Krätzekranken das Sulfidal auf die oben genannten Anforderungen hin zu prüfen. Wir versuchten das Sulfidal zuerst in Verbindung mit Vaseline, dann in Verbindung mit Kühlsalbe. Noch mehr entsprach das Sulfidal den Anforderungen, nachdem es uns gelungen war, dasselbe in einer glyzerinhaltigen Komposition zur Anwendung zu bringen. Wir verfahren folgendermaßen: Diese Masse wird auf den Körper dünn aufgetragen, nach wenigen Sekunden schon trocknet sie auf der Haut ein und fügt sich der Körperoberfläche gut an. Es zeigte sich nun, daß schon nach der ersten bis zweiten Einreibung das Jucken nachläßt; schwere sekundäre Ekzeme mit Eiter- und Pustelbildung heilen unter dieser schützenden Decke glatt ab. Das Mittel wird drei bis vier Tage hintereinander einmal aufgetragen, am 5. Tage wird zur Entfernung des Mittels etwas Salizylvaseline ganz dünn auf die Haut gebracht. In leichten und mittelleichten Fällen konnte der Patient in 8—10 Tagen geheilt von Krätze und Ekzem aus der klinischen Behandlung entlassen werden. Wenn man bedenkt, daß in einem Krankenhause in der Regel nur die allerschwersten Krätzefälle zur Behandlung kommen, so ist selbst ein Zeitraum von höchstens 14 Tagen bis zur Heilung immer noch gering zu nennen.

Bei Privatpatienten wird die Art der Applikation besonders angenehm empfunden. Die Patienten haben nicht das unangenehme Gefühl, das sich bei dem Einreiben einer Fettsalbe am ganzen Körper bemerkbar macht; ebenso fällt das lästige Einpudern völlig fort.

Ein weiterer Vorzug liegt darin, daß das Präparat nur einmal am Tage aufgetragen zu werden braucht, im Gegensatz zur Schwefelsalbe, die zweimal am Tage zur Anwendung kommen muß, weil auch trotz Einpuderns die Salbe leicht nur durch Bewegungen entfernt wird. Auch leidet die Wäsche nicht bei dem Gebrauch von Sulfidal, weil dasselbe nicht, wie Salbe, in die Wäsche einzieht, sondern rasch auf der Haut eintrocknet.

Wir haben die Überzeugung gewonnen, daß das Präparat allen Anforderungen entspricht, die wir an ein Krätzemittel stellen: es ist nicht giftig, reizt nicht, ja heilt sogar das Ekzem; es fehlt ihm der unangenehme, penetrante Geruch, es fettet die Wäsche nicht, es macht das Pudern überflüssig.

Im Hinblick auf die vorzüglichen Eigenschaften des Präparates glauben wir, es warm empfehlen zu können [1]).

[1]) Das Präparat kommt in den Handel für die Privatpraxis in Tuben zu 50 g und für die Krankenhausbehandlung in Kilopackung.

Digitized by Google

Aus dem Istituto di Patologia chirurgica der Kgl. Universität Pisa
(Vorstand: Prof. G. Tusini).

Die toxische Lehre in der Pathogenese des Verbrennungstodes.

Von

Dr. Guido Ferrarini, Dozent und Oberassistent.

(Ins Deutsche übertragen von Dr. med. K. Rühl, Turin.)

Bekanntlich wurden schon seit langer Zeit zahlreiche Untersuchungen über die Ursachen des Todes infolge von Verbrennungen ausgeführt und die Meinungen der verschiedenen Autoren können unter folgenden vier klassischen Theorien zusammengefaßt werden: die Sonnenburgsche Lehre von dem Chok, die Wertheimsche Bluttheorie, die Feltzsche Lehre von dem thrombo-embolischen Tode und die Billrothsche toxische Theorie.

Bekannt ist auch, daß, während einige der heutigen Autoren und besonders die Verfasser von Lehrbüchern bei der Deutung des Zustandekommens des Todes infolge von Verbrennungen sich auf einen eklektischen Standpunkt stellen, andere dagegen, und zwar besonders neuere Autoren, zu einer einheitlichen Auffassung neigen und der toxischen Lehre beipflichten. Die ersteren betrachten, wie P. Foà, den Verbrennungstod [1]) als eine der komplexesten Erscheinungen der menschlichen Pathologie und sind der Ansicht, daß dieselbe durch zahlreiche verschiedene Ursachen zustandekommen kann und daß nicht nur in den verschiedenen Fällen, sondern im Einzelfall mehrfache Momente eine Rolle spielen können, wobei je nach den Umständen bald der eine, bald der andere Faktor vorwaltet. Die Autoren der zweiten Gruppe neigen hingegen zur Annahme, daß die Ursache des Todes derjenigen, die die Verbrennungen eine Zeitlang überleben, vor allem eine Vergiftung durch toxische Stoffe sei, die in dem Herde entstehen, auf welchen die Hitze eingewirkt hat oder wenigstens durch fremdartige Stoffe, die sich unter der Wirkung der Hitze im Inneren der verbrannten Gewebe bilden und nachdem sie resorbiert und vom Organismus weiter umgewandelt wurden, giftig werden. Diese Anschauung gewinnt immer mehr Boden; man neigt, wie v. Noorden bemerkt, immer mehr dazu, diesen Giftstoffen eine große Bedeutung beim Zustandekommen des Verbrennungstodes und den übrigen möglichen

[1]) Unter Verbrennungstod verstehe ich hier den Tod infolge mehr oder minder ausgedehnter Verbrennungen und nicht den unter und während der Wirkung starker Hitze eintretenden Tod.

Digitized by Google

Ursachen dieses Todes, wie dem Chok, den Blutveränderungen, den thromboembolischen Erscheinungen usw. eine Nebenrolle zuzuschreiben.

So sind neuerdings die Arbeiten erschienen: von Pfeiffer, welcher behauptet, es sei ihm gelungen, bei Verbrennungen ein besonderes Gift mit geradezu fürchterlich giftigen Eigenschaften zu isolieren; von Heyde, der die Möglichkeit einer anaphylaktischen Erscheinung, d. h. einer Erscheinung dargetan hat, bei welcher die Dosis des wirkenden Giftes von nebensächlicher Bedeutung ist; von Pirera, der einen Fall von infolge Verbrennung weniger qcm Haut eingetretenem Tode auf eine rasche, starke Autointoxikation zurückgeführt hat; von Parascandolo, der angibt, es sei ihm gelungen, das Gift zu isolieren und ein Gegengift herzustellen, und durch dieses Tiere vor dem Tode infolge von Verbrennungen, die sonst tödlich gewesen wären, zu retten; von Weidenfeld, der in Fällen von sehr schweren Verbrennungen die betreffenden Patienten dadurch vor dem Tode retten konnte, daß er vermittels eines scharfen Messers die Hautportion entfernte, auf welche die Hitze eingewirkt hatte usw.

Diese und ähnliche Publikationen, in welchen der Standpunkt vertreten wird, daß selbst beschränkte und umschriebene Verbrennungen, denen also der bisher als zu diesem Ausgang notwendige Hauptcharakter, d. h. die Ausdehnung fehlt, imstande sind, durch den toxischen Mechanismus den Exitus herbeizuführen, machen notwendigerweise einen gewissen Eindruck, besonders auf den Chirurgen, welcher weiß, daß man in der Chirurgie von jeher daran gewöhnt ist, die Hitze, d. h. das Thermokauter usw. gegen verschiedenartige oberflächliche oder tiefe, umschriebene oder ausgedehnte Krankheitsherde anzuwenden und dadurch seit den ältesten Zeiten nicht den Tod durch Autointoxikation, sondern die Heilung des Patienten herbeizuführen. Es erscheint somit für einen Chirurgen der Verdacht gerechtfertigt, daß manche der neueren Autoren in ihren Publikationen die Bedeutung des sog. Verbrennungsgiftes übertrieben haben.

Eine nähere Untersuchung der diesbezüglichen Literatur verstärkt diese Vermutung und läßt die von Eyff bezüglich der Autoren, die sich mit dem sog. Verbrennungsgifte beschäftigten, gemachte Behauptung, daß „quot capita, tot sensus" richtig erscheinen. In der Tat, die verschiedenen Autoren wurden nicht nur in bezug auf den Entstehungsort und den Entstehungs- und Wirkungsmechanismus des vermuteten Giftes, sondern auch bezüglich der Natur desselben nicht im geringsten miteinander einig. So wurde beispielsweise das Gift, welches bei Verbrennungen entstehen soll, bezeichnet: als eine zerstörende Substanz (Jastrowitz); als eine wasserlösliche Substanz (Weidenfeld); als ein unbestimmter Stoff (Spietschka, Boyer und Guinard); als eine durch die gewöhnlichen analytischen Hilfsmittel nicht nachweisbare Substanz (Spiegler); als ein

Digitized by Google

Eiweißkörper (Vassale und Sacchi); als eine dem Toluileudiamin ähnliche Substanz (Hunter); als ein Ptomain (Aiello und Parascandolo); als ein Ptomain und ein Leukomain (Kyanitzin); als eine Albumose (Wilms); als Pyridin (Reiss); als Blausäure (Catiano); als Ammoniumkarbonat (Billroth); als freie Fettsäuren (Fischer); als ein dem Rizin ähnliches Zytotoxin (Parascandolo); als ein dem Schlangengift ähnliches Nukleoproteid (Pfeiffer); als ein fibrinogenes Ferment (P. Foà); als Methylguanidin (Heyde); als Kaliumsalze (Schjerning); als eine in absolutem Alkohol unlösliche Substanz (Focani); als ein dem Muskarin ähnlicher Stoff (Lustgarten) usw.

Ich habe infolgedessen die Frage ab ovo in Angriff genommen und zum Gegenstand von kritischen und experimentellen Untersuchungen gemacht; ich habe alle veröffentlichten Arbeiten einzeln geprüft, alle die verschiedenen klinischen und experimentellen Argumente, auf welche im Laufe eines halben Jahrhunderts die toxische Lehre des Verbrennungstodes aufgebaut wurde, gesammelt und einer Kontrolle, einer Analyse und womöglich einer Nachprüfung unterzogen. Ich will hier meine Ergebnisse kurz berichten, indem ich bez. des näheren über Literatur, Betrachtungen, Versuche usw. auf meine in der Clinica chirurgica, 1912, Bd. XX, Nr. 8, S. 1465ff. veröffentlichte ausführliche Arbeit verweise.

Die toxische Lehre des Verbrennungstodes, d. h. die Theorie, nach welcher dieser Tod durch ein mehr oder minder starkes Gift hervorgerufen wird, welches direkt oder indirekt aus dem der Hitze ausgesetzt gewesenen Herde herstammt, stützt sich auf klinische Beobachtungen, auf pathologisch-anatomische Befunde und auf Versuchsergebnisse. Ich will jede dieser drei Reihen von Argumenten kurz besprechen. Die klinische Beobachtung zeigt uns, daß die Individuen, welche infolge von Verbrennungen eine gewisse Zeit nach diesen sterben, den Symptomenkomplex einer allgemeinen Vergiftung aufweisen. Man braucht jedoch nicht viele Worte zu verlieren, um zu beweisen, daß die betreffenden Symptome: Schwäche, Somnolenz, Delirien, Krämpfe, Konvulsionen, Kleinheit des Pulses, Hypothermie usw., die man in Fällen von Verbrennungen so oft beobachtet, keineswegs spezifisch sind, d. h. durchaus nicht auf die Spezifizität des Giftes hindeuten, mit welchem die Kranken vergiftet sein sollen. Bei der Durchsicht der diesbezügliche Literatur findet man ohne weiteres, daß der Verbrennungstod auf Grund der Symptomatologie auf sehr verschiedenartige Giftstoffe zurückgeführt werden konnte, d. h. auf eine Vergiftung mit Blausäure (Catiano), mit Muskarin (Lustgarten), mit Ptomain (Kyanitzin), mit Pyridin (Reiss), mit dem fibrinogenen Ferment (P. Foà), mit Ammoniumkarbonat (Billroth) usw.

Ein Krankheitsbild, welches so zahlreiche Vergleiche zuläßt, bietet

Digitized by Google

offenbar keine eigenartigen oder spezifischen Zeichen dar, die es charakterisieren; man kann mit ebensoviel Recht behaupten, daß dieses Vergiftungskrankheitsbild durch hundert verschiedene Pharmaka bedingt ist, oder daß es nur durch die Giftstoffe erzeugt ist, welche die nicht ausgeschiedenen normalen Abfälle des Stoffwechsels bilden, oder daß es auf Giftstoffe zurückzuführen ist, welche im Organismus infolge der multiplen viszeralen Thrombosen und Embolien, der parenchymalen Läsionen der Nieren, der Lungen, des Nervensystems, des Verdauungsapparates entstehen und zurückgehalten werden, welche durch die Blutveränderungen bewirkt werden, die die Hitze erzeugt. So können die Konvulsionen, die man bei einem Verbrannten beobachtet, die Annahme eines anaphylaktischen Choks oder diejenige einer gemeinen Urämie nahelegen.

Infolgedessen liefert uns die klinische Beobachtung, obwohl aus ihr Weidenfeld, Boyer und Guinard, Le Jahiel u. a. m. entnehmen wollen, daß die allgemeine Symptomatologie eines Verbrannten diejenige eines Vergifteten ist, und andererseits Minich auf Grund der klinischen Beobachtung den Verbrennungssymptomenkomplex als identisch mit demjenigen einer Toxikämie betrachten, keinerlei sichere Anhaltspunkte über den Sitz und den Bildungsmechanismus des Giftes und keinen sicheren Anhalt dafür, daß das betreffende Gift durch eine direkte oder indirekte Umwandlung der Eiweißstoffe der Gewebe entstehe, auf welche die Hitze eingewirkt hat.

Das gleiche gilt für den pathologisch-anatomischen Befund bei dem Verbrennungstode. In der Tat, die Alterationen der Nieren, des Nervensystems, des Myokards, der Nebennieren, der Leber, des Darmes, der Milz, der Blutgefäße usw., die man bei der Sektion der Verbrannten am häufigsten antrifft, deuten nur darauf hin, daß in diesen Organen eine Vergiftung besteht oder bestehen kann, liefern aber keine Anhaltspunkte über die Genese und die Natur dieser Vergiftung. Es handelt sich um degenerative und nekrotische Läsionen, die man bei den verschiedensten Infektionen und Intoxikationen beobachtet oder beobachten kann und die man auch einfach auf die Blutveränderungen, auf die Thrombosen und Embolien des Nervensystems, der Nieren, des Verdauungsapparates usw. zurückführen kann.

Andererseits bedeutet die Tatsache, daß Wilms in einigen Fällen von Verbrennungen im Harne Albumosen nachgewiesen hat, und daß Spiegler und Fränkel im Harne von Verbrannten [1]) eine Trias von Stoffen (die v. Noorden als sehr deutlich in ihren allgemeinen Eigenschaften charakterisiert ansah) gefunden haben, welche auf Prozesse von intra-

[1]) Unter „Verbrannte" verstehe ich hier Personen, die eine Verbrennung erlitten haben.

Digitized by Google

organischer Umwandlung und Zerstörung von Eiweiß hindeuten sollen, offenbar nicht, daß es eindeutig nachgewiesen sei, daß diese Stoffe oder wenigstens, daß die Gesamtheit dieser Stoffe aus dem Verbrennungsherde herstammen, und noch weniger, daß sie auf den Patienten so giftig wirkten, daß sie die Hauptursache oder wenigstens eine der konstanten Hauptursachen des Todes darstellten. Bei einem Kranken, dessen Nieren, Leber, Lungen, Blut, Nervensystem, Darm usw. sich in dem Zustande befinden, wie es bei einem Verbannten der Fall ist und bei welchem die bulbären Funktionen, die Ernährung, der Stoffwechsel usw. derartig alteriert sind, wie Stockis nachgewiesen hat, kann der Befund von Wilms oder derjenige von Spiegler und Fränkel jedenfalls in verschiedener Weise gedeutet werden.

Wenn man auch bei einem Verbrannten anfangs eine Gefäßverengerung beobachtet oder beobachten kann, durch welche sich die anscheinende Hyperglobulie des Patienten erklären läßt, so stellt diese Vasokonstriktion ebenfalls keinen sicheren Beweis dafür dar, daß bei dem betreffenden Individuum ein besonderes Gift wirkt, auf welches sie zurückzuführen wäre, wie Sacconaghi annimmt. Diese Gefäßverengerung kann in der Tat — und diese Deutung ist vielleicht wahrscheinlicher — als eine durch die enorme schmerzhafte Stimulierung der verbrannten Hautpartie hervorgerufene reflektorische bulbäre Erscheinung betrachtet und mit jener Gruppe von Phänomenen in Zusammenhang gesetzt werden, die sich bei der Entstehung des Verbrennungschoks abspielen und die Sonnenburg tadellos geschildert und illustriert hat.

Weidenfeld und später Weidenfeld und von Zumbusch haben Arbeiten veröffentlicht, um selbst auf Grund der alleinigen klinischen Daten die Lehre vom Verbrennungsgifte zu verfechten. Diese Autoren stützen sich auf die von ihnen hervorgehobene Tatsache, daß bei Verbrennungen der Tod desto früher eintritt, je größer die Menge (im Verhältnis zum Körpergewicht) der von der Hitze getroffenen Gewebe ist, um die Existenz eines fixen und konstanten Quid anzunehmen, welches aus dem verbrannten Gewebe entsteht und am ehesten an ein Gift denken läßt. Das Erkünstelte einer solchen Schlußfolgerung ist leicht nachzuweisen.

In der Tat, welches auch die Theorie sei, die man zur Erklärung der Genese des Verbrennungstodes heranzieht, dieselbe wird offenbar stets eine Stütze in der Tatsache finden, daß der Tod um so rascher eintreten wird, je größer die Menge der durch die Hitze beeinflußten Gewebe ist. Die Lehre von dem Chok wird die größere Intensität des Reizes anführen, welche von der größeren Anzahl von Nervenendigungen abhängt, auf die die Hitze eingewirkt hat; die hämatische Theorie wird

Digitized by Google

auf die größere zerstörte Menge von Blut hinweisen; die thrombo-embolische Lehre wird die größere Menge von Produkten der Blutzerstörung anführen, die in den Kreislauf eintreten usw.

Keinen größeren Wert hat die Tatsache, welche Weidenfeld und v. Zumbusch beim Menschen nachgewiesen und Eijkmann und Hoogenhuyze bei Tieren experimentell hervorgerufen haben wollen, daß die sehr tiefen und starken Verbrennungen einen gutartigeren Verlauf nehmen, als oberflächlichere und weniger starke Verbrennungen von gleicher Ausdehnung. Eijkmann und Hoogenbuyze behaupten (im Gegensatz zu der Meinung der Mehrzahl der Autoren), das unter der Wirkung der Hitze entstehende Gift bilde sich nicht in den Unterhaut- und in den tiefliegenden Geweben, sondern ausschließlich in der Haut. Diese Tatsache kann aber, angenommen, sie wäre wirklich wahr, in verschiedener Weise gedeutet werden. Diese Autoren nehmen eine verschiedene Läsion der Gefäße des verbrannten Gebietes an, d. h. sie nehmen an, daß, wenn die Verbrennung wenig tief ist, die Gefäße, obwohl verletzt, noch, wenigstens zum größten Teil, durchgänglich bleiben, d. h. die Fähigkeit beibehalten, die toxischen Produkte aus dem Verbrennungsherde leicht aufzunehmen und in den allgemeinen Kreislauf zu verschleppen, und daß dagegen bei sehr intensiven Verbrennungen die Gefäße des betreffenden Gebietes zerstört und obliteriert werden, so daß das vermutete Gift nur schwer resorbiert werden kann. Es bedarf nicht vieler Worte, um zu beweisen, daß diese klinische und experimentelle Tatsache, welche Weidenfeld und andere zur Stütze der Giftlehre anführen, demselben Gedankengang folgend und mit ebensoviel Recht, z. B. als Stütze der Wertheimschen oder der Feltzschen Theorie verwertet werden kann. Man kann ja von einem durch die Hitze zerstörten und zirkulationsunfähig gemachten Gefäß ebensowohl behaupten, daß es nicht imstande ist, eventuelle Giftstoffe aus dem Verbrennungsgebiet zu resorbieren, wie, daß es nicht in der Lage ist, sich rasch zu entleeren und die veränderten roten Blutzellen oder sonstige unter der Wirkung der Hitze entstandene Blutzerstörungsprodukte rasch in den Kreislauf zu ergießen, welche die Bildung von Thromben, Embolien usw. bewirken könnten. Und wenn man sich unter den zahlreichen derartigen Experimenten dasjenige von Scholtz über die verhältnismäßige Unschädlichkeit der Verbrennungen von vorher anämisierten Geweben vergegenwärtigt, so erscheint einem die letztere Anschauung fast annehmbarer, als diejenige, die Weidenfeld und die übrigen erwähnten Autoren vertreten.

Es scheint mir infolgedessen, daß man, wie gesagt, in der Symptomatologie und in der pathologischen Anatomie des Verbrennungstodes vergebens einen Beweis oder einen sicheren Anhaltspunkt zugunsten der klassischen Theorie von dem sog. Verbrennungsgifte aufsuchen wird.

Digitized by Google

Aus der Klinik und der pathologischen Anatomie der Verbrannten geht, wie Dohrn, Le Jariel u. a m. bemerken, offenbar eine Reihe von Umständen hervor, welche zwar sehr für eine allgemeine Vergiftung sprechen, aber keine Angaben über das Zustandekommen und die Bedeutung dieser Vergiftung liefern und noch weniger die Behauptung zulassen, daß dieselbe von direkt oder indirekt giftigen, aus dem Verbrennungsgebiete herstammenden Produkten abhängt. Ja es konnte sogar, so z. B. von Le Jariel sehr richtig behauptet werden, daß die bei Verbrennungen zustande kommende Vergiftung nicht durch dieses oder jenes in dieser oder jener Gegend des Körpers entstandene Gift, sondern durch mehrfache in den verschiedensten Arten in den verschiedensten Körperteilen entstandene Gifte bewirkt wird, welche im wesentlichen darauf zurückzuführen sind, daß infolge des Stillstandes oder auch nur der Verlangsamung des Blutkreislaufes die Funktionen der wichtigsten Organe und Eingeweide sich abschwächen oder auch zum Stillstand kommen, mit der Folge einer fast vollständigen Vernichtung der Schutzvorrichtungen des Körpers, der somit von Giften befallen wird, die in allen Teilen entstehen und nicht ausgeschieden werden können.

Diejenigen, welche behaupten, der Tod infolge von Verbrennungen beruhe auf einer Vergiftung, welche direkt oder indirekt aus dem verbrannten Gebiet herstammt, führen hauptsächlich folgende experimentellen Beweisgründe an:

a) Sie behaupten, der Saft und die wässerigen Extrakte aus den durch die Hitze beeinflußten, aus den betreffenden Versuchstieren entnommenen Geweben besitzen eine bedeutende Giftigkeit;

b) sie behaupten, man könne aus diesen Geweben durch besondere chemische Kunstgriffe giftige und selbst stark giftige Derivate gewinnen;

c) sie behaupten, daß aus lebenden Tieren, die eine Verbrennung erlitten haben, entnommene Stücke der verbrannten Gewebe (ebenso wie aus gesunden Tieren entnommene und dann verbrannte Gewebsstücke), wenn sie gesunden Tieren eingeimpft werden, den Tod herbeiführen;

d) sie behaupten, der Harn und das Blut von Verbrannten seien giftig und vergiften somit gesunde Tiere, denen sie in kleiner oder selbst ganz kleiner Menge eingespritzt werden.

Ich habe zahlreiche Nachprüfungen vorgenommen und die Experimente der betreffenden Autoren wiederholt, durch welche diese zu den erwähnten Behauptungen veranlaßt wurden; ich muß aber gestehen, daß ich nie irgend ein Resultat erhielt, welches bewiesen hätte, daß bei verbrannten Tieren in den von der Hitze beeinflußten Geweben, oder im Blute, oder im Harne ein Gift vorhanden sei.

Ich habe die Giftigkeit der durch Auspressen gewonnenen Säfte und

Digitized by Google

die wässerigen Extrakte aus den verbrannten Geweben von Tieren untersucht, welche infolge von Verbrennungen dem Tode nahe standen; ich habe diese Säfte gesunden Tieren derselben Art selbst in hohen Dosen subkutan oder intravenös eingespritzt, aber nie deutliche Vergiftungen beobachtet, wenigstens im Vergleich zu den Tieren, denen ich zur Kontrolle den Saft gesunder Gewebe injizierte. Ich beobachtete beispielsweise, daß, wenn man ein Meerschweinchen derartig verbrennt, daß es in weniger als 24 Stunden stirbt und unmittelbar vor dem Tode alle Weichteile entnimmt, auf welche die Hitze eingewirkt hat, der ganze Saft oder der ganze wässerige Extrakt aus diesen Teilen (aseptisch hergestellt) nicht imstande ist, ein gesundes Kaninchen auf intravenösem Wege oder ein gesundes Meerschweinchen auf subkutanem Wege zu töten, oder bei diesen Tieren sichtbare Vergiftungserscheinungen hervorzurufen.

Ich habe die Giftigkeit der Derivate geprüft, die man aus den durch die Hitze beeinflußten Geweben von Tieren chemisch gewinnen kann, welche infolge der Verbrennung dem Tode nahe stehen. So habe ich das bekannte Ptomain untersucht, welches Kjanitzin nach dem Brieger'schen Verfahren nachgewiesen hat; hierbei wurde ich in freundlicher Weise von Herrn Dr. chem. Revello aus dem Institut für Hygiene in Pisa unterstützt. Aus diesen Untersuchungen ging hervor, daß man mit dem Brieger'schen und dem Stas-Otto'schen Verfahren aus den verbrannten Geweben einen Rest erhalten kann, der die chemischen Reaktionen der Ptomaine gibt, daß man aber denselben Rest in mehr oder minder gleicher Menge auch aus Geweben gesunder Tiere (Hunde) gewinnt; daß die Giftigkeit dieses Restes, von dem 1 Kilo verbrannten Gewebes ungefähr 1 g liefert, so gering ist, daß ungefähr 200 g davon dazu notwendig wären, um (durch Einspritzung eingeführt) einen Menschen von mittlerem Gewicht zu töten; daß selbst nach den schwersten Verbrennungen die verbrannten Gewebe eine so geringe und so wenig giftige Menge dieses Restes enthalten, daß man mit demselben selbst bei Tieren, deren Gewicht geringer als dasjenige der Gewebe ist, aus denen das Ptomain extrahiert wurde, keine ernste Vergiftung herbeiführen kann.

Ich habe Tieren, die eine Verbrennung erlitten hatten und infolge derselben dem Tode nahe standen, die verbrannten Gewebe in toto entnommen und diese in hohen Dosen gesunden Tieren subkutan eingeimpft und die Wirkung der Inokulation untersucht. So habe ich Meerschweinchen von 500—600 g Gewicht 4,5—5 g Weichteile (Haut, Muskeln usw.) eingeimpft, die ich aus anderen Meerschweinchen entnommen hatte, welche derartig verbrannt worden waren, daß sie innerhalb 24 Stunden zum Exitus kamen, und habe Kaninchen von 1200—1300 g Gewicht 8—9 g derselben Gewebe subkutan inokuliert. Bei den so inokulierten

Digitized by Google

Tieren beobachtete ich, wenn die Einimpfung auf aseptischem Wege geschah, in keinem Fall weder den Tod noch das Auftreten einer sichtbaren Vergiftung.

Diese Resultate gestatten mir meiner Ansicht nach einige grundlegende Betrachtungen über die Voraussetzung, welche die Grundlage der Theorie von dem sog. Verbrennungsgifte bildet. In der Tat, alle Autoren, welche, abgesehen von der Art und Weise, in welcher sie die Natur, die Effekte und den Entstehungsmechanismus davon deuten, die Existenz dieses Giftes behaupten, betrachten die verbrannten Gewebe als die Quelle desselben. Meine soeben erwähnten Experimente, die jedermann kontrollieren kann, beweisen aber, daß die große Menge von im lebenden Tier verbrannten Geweben selbst unmittelbar vor dem Tode des verbrannten Tieres keinerlei direkt oder indirekt wirkendes Gift von bekannter oder unbekannter Art enthielt oder wenigstens eine so geringe Menge davon enthielt, daß diese nicht imstande war, bei Tieren derselben oder von verwandter Art deutliche Vergiftungssymptome herbeizuführen.

Dies gestattet uns noch einige Bemerkungen über die Untersuchungen von Pfeiffer, der bei den Verbrannten ein überaus heftiges Gift (und zwar ein Nukleoproteid) nachgewiesen haben will.

Pfeiffer hat bekanntlich in umfangreichen Arbeiten die Meinung verfochten, daß die im Gebiete der Verbrennung entstehenden Stoffe an und für sich unschädlich sind und erst giftig werden, wenn sie der Körper resorbiert und verarbeitet hat. Auf diese Weise wären die negativen Resultate derjenigen, welche das Gift direkt in dem verbrannten Gebiet, und alle kontradiktorischen und irrtümlichen Befunde der verschiedenen Autoren, die in diesem Feld Untersuchungen ausführten, erklärlich. Wenn sich aber die Sache wirklich so verhielte, wie Pfeiffer behauptet, und bei Verbrennungen die allgemeine Krankheit und der Tod auf sekundäre, aus den verbrannten Geweben herstammende, resorbierte und in den Kreislauf übergegangene Produkte zurückzuführen wären, so müßte man offenbar dieselben Folgen bei den Tieren beobachtet haben, denen ich das verbrannte Gewebe in so großer Menge einimpfte. Da dies keineswegs der Fall war, ist meines Erachtens die Genese des von Pfeiffer zum Gegenstand zahlreicher Untersuchungen gemachten Giftes durch einen anderseitigen Mechanismus zu deuten, und es müßte wenigstens eine Beziehung zwischen seiner Fähigkeit, toxisch zu wirken, und selbst seiner Genese einerseits und dem Zustande der verschiedenen Eingeweide und Organe des befallenen Tieres andererseits angenommen werden.

In anderen Worten, ohne in Abrede stellen zu wollen, daß im Organismus der Verbrannten eines oder mehrere Gifte der von Pfeiffer nachgewiesenen Art vorhanden sind und eine Wirkung entfalten, kann man

Digitized by Google

meines Erachtens mit Grund annehmen, daß diese Gifte nicht so sehr eine lokale Herstammung aus dem verbrannten Gebiete, wie vielmehr einen allgemeinen Ursprung haben und z. B. durch eine allgemeine Alteration des ganzen Stoffwechsels entstehen, bedingt durch den Chok, durch die Verlangsamung des Kreislaufes usw.

(Schluß folgt.)

Versammlungen.

Aus der Societa lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Sitzung vom 3. Januar 1913.

A. Macchi, **Über die Wassermannsche Reaktion.** Seine Erfahrung umfaßt 262 Beobachtungen, teils an Kranken, teils an Leichen. Die Hauptfehlerquelle bei der Wassermannschen Reaktion hängt von der Anwendung nicht frischer oder sonst irgendwie alterierter Sera ab. Vortragender hat normale wassermannnegative Sera mit verschiedenartigen Bakterienkulturen infiziert und darnach mehrmals Hämolysehemmung beobachtet.

In Fällen, wo das Blutserum eine deutlich positive Wassermannsche Reaktion liefert, reagieren oft andere Körperflüssigkeiten (Zerebrospinalflüssigkeit, Exsudate, Transudate) hingegen negativ.

Alle vorgeschlagenen Modifizierungen und Vereinfachungen der Wassermannschen Reaktion sind weniger zuverlässig als das Originalverfahren und enthalten Fehlerquellen.

Die Originalmethode ist auch bei Serum von Leichen anwendbar, vorausgesetzt, daß das Serum klar und keimfrei ist.

Einen wirklichen Wert hat nur die deutlich positive Reaktion; unvollständige Hämolysenhemmung hat nur einen diagnostischen Wert, wenn sie durch andere klinische Symptome unterstützt ist; eine negative Reaktion schließt nicht Lues aus.

Sitzung vom 17. Februar 1913.

A. Pasini, **Über die Purpura annularis teleangiectodes.** Verfasser demonstriert einen klinischen Fall von Purpura annularis teleangiectodes, in welchem Lues und Tuberkulose ausgeschlossen werden konnten.

Als histologische Grundläsion fand Vortragender bei einer Effloreszenz eine Phlebitis obliterans von einer tiefliegenden Vene des Hypoderma und bei einer weiteren Effloreszenz eine gleiche Alteration des subdermalen Gefäßplexus. Durch diese Läsionen, in Zusammenhang mit der kegelartigen Verteilung der Hautzirkulation glaubt Verfasser die zuerst flecken- dann ringförmige Gestalt der hämorrhagischen erytho-angiektatischen Effloreszenzen der Krankheit erklären zu können.

Was die Ätiologie der Krankheit anbelangt, so neigt Verfasser zur Annahme eines toxisch-infektiösen Agens.

H. Rühl-Turin.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologie.

1913, Band 7, Heft 2.

Zur Pathologie und Therapie der Cystitis colli proliferans s. vegetativa, von S. M. Gorodistsch-Petersburg. Cystitis colli proliferans ist als Urethrocystitis chronia postblennorrhoica zu betrachten, d. h. als eine residuale Erkrankung, die aus der Harnröhre auf blennorrhoischer Basis entstanden ist und in der Gegend des Sphinkters und der benachbarten Schleimhautpartien lokalisiert ist. Die Entstehung der Zottenwucherungen am Sphinkter nimmt man als Folge der chronisch wirkenden Reizung durch das blennorrhoische Material an, welches aus der Pars posterior urethrae kommt und in der Umgebung des Sphinkters Hyperplasie der Schleimhaut hervorruft.

Ein Fall isolierter Tuberkulose der einen Hälfte einer anomalen (doppelten) Niere, von B. Dobrotworsky-Petersburg. Bei einer Nephrektomie wird eine Doppelniere festgestellt, die aus zwei miteinander verflossenen Hälften bestand, zwei gesonderte Becken und zwei Ureter besaß. Der zweite Ureter war im Gefäßstumpfe geblieben. In klinischer Hinsicht hat dieser Fall das Belehrende, daß bei unerkannt gebliebenem Vorhandensein von doppeltem Ureter die Nierenkatheterisation zu schwerem Irrtum führen kann, wenn der Katheter zufällig in die gesunde Nierenhälfte gelangt und dadurch eine falsche Diagnose betreffs der Seite der Erkrankung und einen für den Kranken fatalen Eingriff veranlassen kann.

Ein Harnröhrenstein bei Bilharziakrankheit, von Edwin Pfister-Kairo. Verfasser findet in der Harnröhre eines 10jährigen Arabers einen Stein, in dessen Zentrum Bilharziaeier gefunden wurden. Die periphere Schicht besteht aus Harnsäure.

Zur Technik der Prostatectomia suprapubica, von Jaques Goldberger-Budapest. Statt Chloroform und Äthernarkose, die mit gewissen Gefahren verbunden ist, wendet der Verfasser die Lokalanästhesie mit Novokain 1:200 an, ohne Adrenalin, damit die vom Adrenalin hervorgerufene Blutdruckerhöhung vermieden wird. Die Anästhesie der Haut wird mit 6—12 ccm Lösung besorgt, das subkutane Bindegewebe mit 4—8 ccm, nachher führt man den Schnitt bis zur Fascia superficialis, dann werden 2 bis 3 ccm mit einer gekrümmten Nadel in der Scheidewand bis zum oberen Rand der Symphyse injiziert. Mit weiteren 4—6 ccm infiltriert man die Muskelschicht. Nachher folgt die Anästhesie des prävesikalen Raumes. Im Blasengewebe wird beiderseitig 1 ccm in der Mittellinie injiziert. Zur Enukleation der Prostata genügt keine Lokalanästhesie. Hierzu bedient man sich einer Allgemeinnarkose durch Chloräthyl, welches für eine Zeitdauer von drei Minuten zur Enukleation ausreicht.

Die Spaltung der Prostatakapsel mittels Nagel und der Gegendruck der Drüse, vom Operateur ausgeführt, kann ganz aseptisch vorgenommen werden.

W. Chrzelitzer-Posen.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

Band III, Nr. 1.

1. Die diffuse perivesikale Phlegmone, von F. Legueu. Ein 58jähriger Mann wurde wegen einer Urininfiltration aufgenommen; diese nahm in den nächsten Stunden zu und erstreckte sich auf Penis, Skrotum, Leisten und Pubes. Es wurde deshalb operativ vorgegangen. Während nun in den folgenden Tagen die lokalen Erscheinungen sichtlich zurückgingen, blieb der Allgemeinzustand des Kranken schlecht. Schließlich

Digitized by Google

kam noch Gangrän des Skrotums und der Peniswurzel hinzu, und der Patient starb am 11. Tage. Die Autopsie ergab außer den klinisch erhobenen Veränderungen eine Harnröhrenstriktur, eine eitrige Prostatitis und eine seröse eitrige Infiltration des perivesikalen Gewebes. Leguеu weist auf die Seltenheit dieser diffusen, perivesikalen Phlegmone hin; sie dürfte jedenfalls von der Prostatitis ausgegangen sein. Es ergibt sich aus dieser Beobachtung die Notwendigkeit auf den Allgemeinzustand der Kranken zu achten; bleibt dieser schlecht, während die lokalen Symptome sich bessern, so muß man an einen Prozeß in der Tiefe denken. Therapeutisch käme bei der perivesikalen Phlegmone Inzision von oben und unten in Betracht, doch dürfte dies nicht viel Aussicht auf Erfolg haben.

2. Hydronephrose von 30 Litern, von Mosny, Javal und Dumont. Eine 25jährige Frau hatte seit dem 8. Lebensjahre eine allmähliche Zunahme des Bauchumfanges bemerkt; sie war wiederholt behandelt und auch einmal punktiert worden. Das Leiden wurde als Peritonealtuberkulose angesehen, obwohl keine sonstigen Zeichen von Tuberkulose vorhanden waren. Vor 6 Jahren im Anschlusse an einen Fall eine heftige Hämaturie, die erst nach langer Zeit schwand. Vor kurzem erlitt sie wieder einen Fall, worauf abermals Hämaturie sowie eine Volumszunahme des Bauches eintrat. Dazu gesellten sich Schmerzen, Erbrechen und eine Phlebitis des linken Beines, weshalb die Patientin das Spital aufsuchte. Die Summe der klinischen Erscheinungen führte wieder zur Diagnose der Peritonealtuberkulose. Es wurde eine Punktion vorgenommen, wobei es auffiel, daß die Flüssigkeit dieselbe Farbe hatte, wie der Urin. Dieser wurde nach der Punktion plötzlich klar, nahm aber mit der Zunahme der Bauchflüssigkeit wieder seine hämorrhagische Beschaffenheit an. Es wurde noch 3 mal punktiert, nach der vorletzten Punktion hatte es die chemische Untersuchung der Flüssigkeit zur Evidenz erwiesen, daß es sich um eine Hydronephrose handle. Das Befinden der Kranken wechselte, allmählich stellte sich ein schwerer Krankheitszustand ein, die Frau wurde kachektisch und starb. Bei der Autopsie fand sich eine enorme, etwa 30 l fassende, linkseitige Hydronephrose, die alle Eingeweide verdrängt hatte. Die Wand des Sackes bestand aus 3 Schichten; die äußerste entsprach der Nierenkapsel, die mittlere dem rarefizierten Nierenparenchym, die innere war wieder bindegewebig. Die Hydronephrose dürfte durch Abknickung des Ureters einer Wanderniere zustande gekommen sein.

3. Untere Blasenspalte, von Gaston Houzel. Bei einem 13 Monate alten Mädchen fand der Verfasser in der Vulva einen nußgroßen weinroten, mit Schleimhaut bekleideten Tumor, der an einigen Stellen schon Gangrän zeigte. Es ergab sich, daß dies die Blase war, die sich durch eine Fissur vorgewölbt und so zu Einklemmungserscheinungen geführt hatte. Reposition und vorläufige Fixierung. Verfasser bespricht dann kurz diese seltene Anomalie, von der er nur 4 Fälle in der Literatur gefunden hat. Die Blasenspalte entsteht durch mangelhafte Entwicklung der Analmembran.

4. Enuresis nocturna gastro-hepatischen Ursprungs, von André Collin Bei Kindern mit Magendarmstörungen, mit unregelmäßiger oder übermäßiger Nahrungsaufnahme oder sonstigen Diätfehlern findet sich oft nächtliche Urininkontinenz, die leicht durch Beseitigung der genannten Störungen behoben werden kann. Sie ist charakterisiert erstens dadurch, daß sich zwischen der physiologischen Enurese des Säuglings und der krankhaften ein reines Intervall einschiebt. Zweitens ist die Enurese intermittierend. Ferner findet man Verdauungsstörungen, oft nur geringen Grades, einen sehr tiefen Schlaf und nervöse Belastung. Die Diagnose wird durch die Probe ex juvantibus gestützt.

Digitized by Google

5. Tod durch Luftembolie nach Lufteinblasung in die Blase, von NICOLICH-Triest. Bei einem 73jährigen Prostatiker mit Retention wurde die Blase zwecks Prostatektomie mit Luft gefüllt. Plötzlich klagte er über Übelkeiten, begann zu husten und starb sofort. Die Sektion ergab eine Luftembolie im rechten Herzen. Die Luft muß durch die Venen der Prostata oder der Blase eingedrungen sein.

6. Tod durch Luftembolie während einer Prostatektomie, von G. MARION. Bei einem 62jährigen Manne wurde die Prostatektomie vorgenommen. Bei Anfüllung der Blase mit Luft fiel es auf, daß sich das Organ gar nicht aufblähte. MARION inzidierte die Bauchdecken und fand das perivesikale Gewebe emphysematös. Die Operation wurde beendigt, allein der Kranke, der schon längere Zeit schlecht geatmet hatte, starb bald darauf. Die Sektion ergab Luftembolie. Verfasser glaubt, daß bei der Lufteinfüllung ein kleiner Riß in der Blase entstand, der Venen eröffnete, in die die Luft dann hineingepreßt wurde. Es ist also besser, bei der Prostatektomie die Blase mit Flüssigkeit zu füllen.

7. Einfaches perforierendes Geschwür der Blase, von H. LEFÈVRE. Eine 58jährige Frau wurde an einer eingeklemmten Schenkelhernie, die zu ausgedehnten Netzresektionen Veranlassung gab, operiert. 23 Tage später fühlte sie beim Versuche, Wasser zu lassen, plötzlich einen heftigen, stechenden Schmerz, sie hatte dann starken Harndrang, der aber aufhörte, ohne daß die Blase entleert wurde. Es stellten sich peritonitische Erscheinungen ein, und es fand sich ein Flüssigkeitserguß im Bauche. Mit dem Katheter wurde eine etwas geringer als normale Menge ohne Druck ausfließenden Harns entleert. Nach der Entleerung sank das Flüssigkeitsniveau im Bauche. Die peritonealen Symptome gingen zurück und machten urämischen Erscheinungen Platz, denen die Kranke am 2. Tage erlag. Die Autopsie ergab an der Hinterwand der Blase, in der Medianlinie nahe dem Scheitel ein perforiertes Geschwür. Durch diese Charaktere ist das Geschwür als „einfaches" gezeichnet. Seine Ursache liegt wohl in einer Embolie infolge der ausgedehnten Netzresektion.

8. Beiderseitige Blasenhernie, von RINALDO CASSANELLO. Ein 52jähriger Mann hatte eine beiderseitige Leistenhernie; in beiden Bruchsäcken lag ein Teil der Blase. Rechts handelte es sich um eine echte Blasenhernie, links war die Blase durch Verwachsungen in den Bruchsack gezogen worden.

9. Hämorrhagie in eine Wanderniere, von CASPARI (LAUSANNE). Eine 46jährige Frau kam wegen Hämaturie zur Behandlung. Man fand bei ihr eine außerordentlich tief stehende Niere; im Urin einige Zylinder und Epithelien. Die Blutung sistierte erst nach 16 Tagen. Durch entsprechende Bandage wurde die Ptose behoben und die Kranke ist seit 4 Jahren beschwerdefrei. Verfasser nimmt an, daß die Blutung durch eine an der Grenze der Entzündung stehende Kongestion der Niere bedingt war. Ursache ist die Wanderniere.

10. Pollakiurie infolge Enge des Meatus urethrae, von R. DUCASTAING. Ein 23jähriger Mann leidet seit 2 Jahren an zeitweise auftretender Pollakiurie, wobei Brennen und Stechen in der Harnröhre besteht. Es konnte keine der gewöhnlichen Ursachen, Tripper, Tuberkulose, Steine, entdeckt werden. Dagegen ergab die Sondierung eine zirkuläre Verengerung des Meatus. Völlige Heilung durch Dilatation. Die Verengerung ist kongenital und durch ihre zirkuläre Form bemerkenswert. Hervorzuheben ist auch die Schwierigkeit der Diagnose, da keine der bei Strikturen gewöhnlichen Beschwerden bestand.

11. Ureterenkatheterismus durch direkte Zystoskopie, von JEAN FERRON. Verfasser wendet sich dagegen, daß das von LUYS angegebene Zystoskop zum direkten Sehen fast in Vergessenheit geraten ist. Dieses Instrument ist leichter zu sterilisieren

Digitized by Google

als das Prismenzystoskop und soll immer bei entzündeter Blase angewendet werden, wenn eine Infektion der Niere zu fürchten ist. Ebenso leistet es ausgezeichnete Dienste, wenn die geringe Kapazität der Blase die übliche Zystoskopie unmöglich macht. Diese Methode ist jedenfalls früher anzuwenden als ein chirurgischer Eingriff.

12. Wichtigkeit einer präzisen Diagnose bei Urethritiden, von JULES JANET. Hinweis auf die verschiedenen diagnostischen Methoden ohne Bemerkenswertes. (Wenn der Verf. die Präzision der Diagnose so betont, müßte er auch angeben, daß man vor der diagnostischen Prostatamassage die Urethra auswaschen muß. D. R.)

Richard Frühwald-Leipzig.

Revue clinique d'Urologie.

November 1912.

1. Tuberkulin bei Tuberkulose der Harnwege, von BARTRINA (Barcelona). Verfasser ist ein unbedingter Anhänger der Nephrektomie; dennoch war er überrascht über den ausgezeichneten Effekt, den er mit Tuberkulin in Fällen erzielte, die er für aussichtslos hielt oder die aus anderen Gründen nicht operiert wurden. Deshalb glaubt Verfasser, daß man die Tuberkulintherapie jetzt anders beurteilen und ihr einen Platz in der Behandlung der Tuberkulose der Harnwege einräumen müsse.

2. Blasensteine nach der Prostatektomie, von LÉON THÉVENOT. Die Entstehung von Steinen nach der Prostatektomie wird durch die Stagnation und Infektion des Urins begünstigt. Die Operation selbst kann durch ein Blutgerinnsel, einen Faden usw. den Kern für die Steine liefern. Die transvesikale Methode scheint deren Entstehung mehr zu begünstigen als die perineale. Die Steine bestehen aus Ammoniakmagnesia und liegen entweder in der Blase oder in dem urethroprostatischen Teile; sie bedingen Pollakiurie, Pyurie und in die Harnröhre ausstrahlende Schmerzen. Therapeutisch ist die Lithotripsie die Methode der Wahl. Wichtiger ist es aber, durch Hintanhaltung der Infektion und Stagnation durch Monate nach der Operation die Entstehung der Steine zu verhindern.

3. Harnröhrenstriktur bei der Frau, von STOICESCO-Bukarest. An der Hand von 3 Krankengeschichten bespricht der Verfasser kurz die Ätiologie, Pathologie, Klinik, Diagnose und Therapie dieser seltenen Erkrankung.

4. Die Ersetzung des Ureters durch eine Dünndarmschlinge, von A. E. MELNIKOFF. Verfasser hat diese Operation an Hunden erprobt. Sie ist ganz gut auszuführen und in manchen Fällen der Implantation des Ureters in den Darm überlegen. Bei der Operation muß man den oberen Pol der Schlinge fixieren, um ihre Torsion zu vermeiden. Sie kann bei allen Störungen der Durchgängigkeit des Ureters angewendet werden, die eine derart ausgedehnte Resektion erfordern, daß die Wiedervereinigung des Ureters mit der Blase unmöglich ist. Die Operation kann ein- oder zweizeitig ausgeführt werden.

Januar 1913.

1. Die Behandlung der Prostataabszesse, von B. MOTZ. In einem Vortrage zusammenfassende Besprechung über Ätiologie, Pathogenese und Klinik der Prostataabszesse. Diese Erkrankung gehört nicht zu den leichten; sie kann sehr schwere Formen annehmen, ja sogar zum Tode führen. Die beste Therapie ist die baldigste Operation. Die Methode richtet sich nach dem Sitze des Abszesses; ist dieser nicht deutlich zu lokalisieren, soll man vom Perineum aus eingehen. In der Nachbehandlung ist auf ständige sorgfältige Entleerung des Eiters zu sehen. Ist die Höhle geschlossen, muß mit der Behandlung der Prostatitis begonnen werden.

Digitized by Google

2. Moderne Methoden zur Bestimmung der Niereninsuffizienz, von R. Boulud. Die Niereninsuffizienz besteht entweder in der Ausscheidung wichtiger Stoffe oder der Retention von Ausscheidungsprodukten. Zu ersterer gehört die Albuminurie, zu letzterer die Retention von Kochsalz und Harnstoff. Die allgemeine Niereninsuffizienz wird bestimmt: 1. durch mechanische Methoden: provozierte Elimination von Methylenblau usw., Phloroglyzinglykosurie, experimentelle Polyurie; 2. durch physikalische Mittel: Bestimmung der Dichte und des Gefrierpunkts; und 3. auf chemischem Wege durch quantitative Bestimmung der Harnröhrenbestandteile. Die Kochsalzretention erkennt man auf chemischem Wege durch Bestimmung der Ausscheidungsmenge. Zur Erkennung der Harnstoffretention dient die Ambardsche Konstante. Zur Niereninsuffizienz kann auch die Harnsäureretention bei der Gicht gerechnet werden.

3. Über die Bakteriurie, von M. Palazzoli und Ch. Vacqueret. Zu kurzem Referate nicht geeignet. Zwei Krankengeschichten.

4. Die Behandlung der Urethritis anterior mittels Aspiration, von W. Bronner. Verfasser beschreibt zunächst die Apparate, mit denen die Aspirationsbehandlung vorgenommen wird, und bringt dann eine Reihe von Krankengeschichten. Der Artikel wird fortgesetzt.

5. Die Komplikationen der Blennorrhagie. Otitis media blennorrhoica, von J. Pstrokonski. Verfasser bespricht zuerst kursorisch die verschiedenen Komplikationen des Trippers und bringt dann folgende Krankengeschichte. Ein 18jähriges Mädchen mit Urogenitalblennorrhöe wurde in der 3. Woche der Beobachtung von heftigem, remittierendem Fieber befallen, für das sich keine Ursache finden ließ. Gleichzeitig erschien ein skarlatiniformes Exanthem auf dem Thorax und den Extremitäten. Es verschwand bald und wurde von einem polymorphen Erythem gefolgt. Der Allgemeinzustand war schwer. Am 10. Tage nach Beginn trat Schmerzhaftigkeit am rechten Warzenfortsatze auf, ohne daß sich am Ohre etwas objektiv nachweisen ließ. Nach 3 Tagen perforierte eine Otitis media, die eine Radikaloperation notwendig machte. Im Eiter wurden kulturell und mikroskopisch Gonokokken nachgewiesen.

6. Joddämpfe in der Urologie, von Henry Reynès. Zur Behandlung mit Joddämpfen eignen sich die schweren rebellischen Zystitiden, die den gewöhnlichen Behandlungsmethoden gegenüber resistent waren. Die Applikation der Joddämpfe kann durch die Urethra oder, nach einer Operation, durch eine suprapubische Fistel erfolgen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

Januar 1913.

1. Die Verletzungen der Niere, von F. Cathelin. Die Verletzungen der Niere kommen in verschiedener Intensität vor; der geringste Grad ist die einfache Kontusion, bei der sich eventuell ein kleiner Riß im Parenchym finden kann. Bei einem schweren Grade entstehen Risse, die bis an die Nierenoberfläche reichen; diese können sich bis zur queren oder zur multiplen Durchtrennung der Niere steigern. Die schwerste Verletzung ist die mit Peritoneal- oder Darmverletzungen verbundene Ruptur. Die Nierentraumen kommen entweder durch direkte Gewalteinwirkung zustande oder auf indirekte Weise, wobei die Nieren gegen die Wirbel und Rippen gepreßt werden. Nach der Verletzung treten ausstrahlende Schmerzen, Muskelspannung und Hämaturie auf. Diese letztere kann von verschiedener Intensität sein, die keineswegs mit der Schwere der Verletzung im Einklang stehen muß. Einige Zeit nach dem Trauma können Infektionen infolge des Blut- und Urinergusses in die Umgebung der Niere auftreten; sie sind oft durch das Bact. coli bedingt. Nach einem längeren Intervall können Schmerzen in der

Digitized by Google

Nierengegend auftreten; diese sind namentlich für die Begutachtung von Unfallfolgen wichtig. Die geringeren Grade von Verletzungen heilen am besten durch das konservative Verfahren. Aber die totale, singuläre oder multiple Nierenruptur kann nur durch Operation geheilt werden; diese kann in Nierennaht oder Totalexstirpation bestehen. Zur Beurteilung von Spätfolgen kommen alle Methoden der funktionellen Nierenprüfung in Betracht.

2. Die perirenale Phlegmone beim Kinde, von Léon Thévenot. Ein 9jähriger Knabe wurde mit schweren Krankheitssymptomen eingeliefert; es fand sich in der Nierengegend ein fluktuierender Tumor, der bis in die Darmbeingrube reichte. Der perirenale Abszeß wurde entleert und es erfolgte glatte Heilung. Diese Phlegmonen sind beim Kinde sehr selten, entstehen meist nach dem 6. Lebensjahre und sitzen gewöhnlich retrorenal. Sie sind in der Regel sekundär und entstehen im Anschluß an ein Trauma, an eine Nierenaffektion (Pyelonephritis) oder ein Darmleiden, besonders Appendizitis. Dies Leiden kann ganz unbemerkt einsetzen, meist beginnt es aber plötzlich mit unbestimmten Allgemeinerscheinungen, Schüttelfrösten, Erbrechen usw. Oft kann Typhus vorgetäuscht werden. Die Schmerzen gestatten keine präzise Diagnose. Leichter wird diese, wenn auf der befallenen Seite eine diffuse gerötete Infiltration auftritt. Die Prognose der Affektion ist günstig.

3. Die Radioskopie der Niere, von Th. Nogier. Die Durchleuchtung der Nieren ist ein rasches und einfaches Verfahren. Es gibt ausgezeichnete Resultate, zumal wenn man den Patienten im Stehen untersucht, die Strahlen konzentriert und die Weichteile komprimiert. Die Untersuchung wird am besten zur Nachtzeit vorgenommen.

4. Urinretention durch einen in der Harnröhre eingeklemmten Stein, von Paul Fabre. Bei einem 10jährigen Knaben trat plötzlich Harnverhaltung auf. Die Blase stand bis zum Nabel. Etwa $2^1/_2$ cm hinter der Harnröhrenmündung wurde ein Fremdkörper gefühlt, der herausgedrückt wurde und sich als ein Oxalatstein erwies.

5. Mechanischer Vorschieber für Uretersonden, von Louis Bazy. Beschreibung einer kleinen, auf jedem Zystoskop anzubringenden Vorrichtung mittels der Uretersonden direkt aus dem Behälter, in dem sie sterilisiert wurden, in das Zystoskop eingeführt werden, so daß sie nicht beschmutzt werden.

6. Akute Retention bei Prostatikern, von Verrière-Lyon. Verfasser vertritt die Ansicht, daß man bei akuten Retentionen ohne zwingenden Grund nicht sogleich zur Prostatektomie schreiten solle, da man durch konsequentes, vorsichtiges Katheterisieren ebenfalls die Miktion wieder zur Norm bringen kann. Dabei spielt das Alter der Patienten keine Rolle; auch bei Greisen kann der Katheterismus zur Anwendung kommen. Doch muß man geduldig sein und darf erst wenigstens nach 6 Wochen die Retention für absolut erklären. Bereitet die erste Katheterisierung Schwierigkeiten, soll man zur Punktion greifen; besser eine Punktionswunde als ein falscher Weg. Oft wird nach der Punktion der Katheterismus leicht. Bei Einführung der Katheter muß strengste Asepsis herrschen; nach Entleerung der Blase, die die ersten Male nicht vollständig sein soll, sind Waschungen mit Antiseptizis anzuwenden, ev. innere Antiseptika zu verabreichen. Es soll der Zahl der normalen Miktionen entsprechend katheterisiert werden. Tritt Polyurie oder Infektion ein, ist der Dauerkatheter indiziert.

7. Technik und Instrumentarium für Neosalvarsaninfusionen, von R. Duhot. Der Titel sagt das Wesentliche.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Die Klinik der syphilitischen Aortenerkrankung, von Ed. Stadler-Leipzig. Mit 1 Tafel. (Jena, G. Fischer, 1912.) Nach einem historischen Exkurs über das frühere Wissen betreffs syphilitischer Herz- und Gefäßerkrankungen erörtert Verfasser ausführlich pathologische Anatomie, Ätiologie und Pathogenese der in Frage stehenden Affektion, die er ein häufig vorkommendes Leiden nennt. Diese Erkenntnis habe sich in den letzten Jahren immer mehr Bahn gebrochen, seitdem die Wassermannsche Reaktion die Differentialdiagnose besonders gegenüber der Atheromatose schärfer gestaltet. Die Aortensyphilis stellt z. B. in Hamburg nach Fraenkel und Simmonds das bei weitem größte Kontingent zur viszeralen Syphilis, und für das Leipziger Material fand Stadler das nur bestätigt: unter 256 Fällen erworbener konstitutioneller Syphilis, die 1906—1911 am dortigen pathologischen Institut zur Sektion kamen, fand sich die typische schwielige Aortensklerose 211, mal, d. h. bei 82% und bei diesen 211 Fällen war die Aortenerkrankung (einschließlich Aneurysma) 117 mal die Todesursache. Dabei ergab sich, daß manifeste Krankheitserscheinungen durchschnittlich $1^3/_4$ Jahre vom Beginne bis zum Tode bestehen. Was die Beziehungen der Aortenerkrankung zu den tertiärsyphilitischen und den parasyphilitischen Erkrankungen betrifft, so ließ sich auffallend häufiges Zusammentreffen mit Tabes und progressiver Paralyse feststellen; im allgemeinen treten die Symptome der Aortenerkrankung später auf als die ersten tabischen Erscheinungen. Floride tertiärsyphilitische Prozesse scheinen gleichzeitig mit der Aortenerkrankung nicht häufig vorzukommen. Das Bild der klinischen Erscheinungen der Aortensyphilis ist sehr wechselnd: von subjektiven Symptomen sind zeitweiliges Druckgefühl unter der Mitte des Brustbeins, besonders nach körperlichen Anstrengungen und psychischen Erregungen, verminderte körperliche Leistungsfähigkeit, von objektiven Erscheinungen eine pulsatorische Bewegung im Jugulum, vermehrte Verschieblichkeit des Herzens beim Übergang in die linke Seitenlage, klingender Charakter des zweiten Aortentons, zuweilen systolisches Geräusch über der Aortengegend hervorzuheben. Die Aortensuffizienz ist ein außerordentlich häufiges Vorkommnis bei der syphilitischen Aortenerkrankung (in $^2/_3$—$^3/_4$ aller Fälle derselben), bietet aber von der gewöhnlichen Insuffizienz der Aortenklappen höchstens die zwei Abweichungen, daß es selten zu bedeutender Herzerweiterung und zu Stenose der Klappen kommt. Ebenso wie pathologisch-anatomisch die Diagnose aus dem Befallensein der Adventitia und Media meist unschwer gestellt werden kann, ebenso erklärt Stadler dies klinische Bild in einer großen Reihe von Fällen für genügend charakteristisch, um am Lebenden rechtzeitig die Diagnose zu stellen. Auch hinsichtlich der Behandlung nimmt er einen ziemlich optimistischen Standpunkt ein und erklärt die syphilitische Aortenerkrankung im Gegensatz zur Atherosklerose als ein dankbares Objekt der Behandlung, selbst noch in vorgeschrittenen Fällen. An der Leipziger Klinik ist man der alten Behandlungsweise mit Quecksilber und Jodsalzen treu geblieben und hat von Salvarsan abgesehen, nachdem dasselbe bei Spätlues einerseits allein oft nicht zum Ziele führt, andererseits gerade bei Herzaffektionen mit gewissen Gefahren verbunden zu sein scheint. Der außerordentlich lesenswerten Arbeit, die eine wertvolle Monographie über dieses Gebiet darstellt, ist als Zeichen des fleißigen Quellenstudiums noch eine Literaturangabe (über 167 Veröffentlichungen) beigefügt.

Stern-München.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Zur Klinik und Pathologie des metastischen Krebses der Haut, im besonderen des Hautnervenapparates, von M. Askanazy-Genf. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 46.) Im Anschluß an ein Mammakarzinom entwickelte sich eine allgemeine Karzinose mit zahllosen Metastasen in der Haut. Sehr auffallend war es, daß die Patientin schon 24 Stunden vor Auftreten eines neuen Knotens aus gewissen Sensationen vorhersagen konnte, wo ein neuer Knoten entstehen würde. Die genaue mikroskopische Untersuchung nach dem Tode der Kranken klärte die Erscheinung dadurch auf, daß die Krebsknoten der Haut enge Beziehungen zu den Hautnerven und nervösen Endapparaten hatten, indem die Krebszellen die Hautnerven gewissermaßen einmauerten, so wurde auch ein Vater-Pacinisches Körperchen, dicht von Krebszellen umgeben, gefunden.

H. Lautsch-Graudenz.

Die Krebsbehandlung mit medikamentösen Mitteln, von Staudenmayer-Ludwigsburg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 44.) Verf. hat, wie seinerzeit berichtet, bei den von Zeller ausgeführten Versuchen zur medikamentösen Behandlung des Krebses zur Verwendung der Cosmeschen Arsenquecksilberpasta den Anlaß gegeben. Er teilt hierzu noch mit, daß er seit vielen Jahren diese (20%ige) Paste zu seiner großen Zufriedenheit verwendet hat, wenn aus irgend einem Grunde von der operativen Behandlung abgesehen werden mußte. Vergiftungserscheinungen sind bei zweckmäßiger Verwendung des Mittels nicht zu befürchten; die entstehenden Narben sind glatt und fest, und die Resultate sind entschieden dauerhaft, wie Verf. sich an einigen vor 6—10 Jahren behandelten Fällen überzeugen konnte. Auch beim Lupus ist die Pasta sehr brauchbar; nur muß hierbei ein etwa noch bestehender Epidermisüberzug an dem Knötchen mit dem scharfen Löffel zuvor abgetragen werden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Epitheliombehandlung mit Kupfersalzen (Kupferlezithin), von A. Straub-Barmen. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 45.) Die Behandlung von drei mitgeteilten Fällen (zwei Fälle von reinem Epitheliom, ein Fall von primärem Lupus, an den sich Karzinom angeschlossen hatte) erfolgte mit einer mit Alkohol ohne Fett hergestellten Salbe aus einer neuen chemischen Verbindung von Kupferchlorid und Lezithin (Bayer & Co., Elberfeld). Günstige Erfolge bei Elektivwirkungen in 1—4 Monaten. Es soll eine Anregung sein, festzustellen, ob dies neue Präparat, sei es durch subtumorale, sei es durch Injektionen in die Blutbahn, sei es durch Inunktionskuren oder Klysmen (Rektumkarzinom), eine rein chemotherapeutische Wirkung zu entfalten mag.

O. Junghanns-Dresden.

Über Sarcomatosis cutis multiplex, von Tamara Romanowsky. (Diss., Königsberg 1912.) 55 Jahre alter Landarbeiter. Vor 12 Jahren Hufschlag gegen die rechte Wange, worauf nach längerer Zeit sich eine wallnußgroße, gegen die Unterlage ziemlich frei bewegliche Geschwulst bildete, die mit den Jahren nicht an Größe zugenommen. Etwa zehn Wochen vor dem Eintritt in die Klinik bemerkte Patient zunächst auf der Rückseite des linken Ellenbogens eine flache Geschwulst von braunroter Farbe, die langsam an Größe zunahm. Diese Geschwulst soll angeblich ohne Behandlung in letzter Zeit wieder etwas kleiner geworden sein. Vor acht Wochen zeigten sich ähnliche Prominenzen von harter Konsistenz auch auf der Innenseite des linken Oberarmes, dicht an

Digitized by Google

an der Achselhöhle, die ebenfalls langsam an Größe zunahmen, aber keinerlei Beschwerden verursachten. Vor sechs Wochen trat eine gleiche Geschwulst auch in der regio supraorbitalis dextra auf, die sich allmählich ausdehnte und den Patienten jetzt beim Sehen hindert, da das rechte obere Augenlid durch die Geschwulst herabgedrückt ist.

Befund. Über dem rechten Supraorbitalrande findet sich eine etwas vorgewölbte Geschwulst, die von der Nasenwurzel bis zum rechten Schläfenrand reicht und sich bis in die halbe Höhe der Stirn hinaufzieht. Länge 9 cm, Breite 6 cm, Prominenz 2 cm. Die Geschwulst greift auf das obere Augenlid über und bedingt Ptosis. Farbe braunrötlich, Konsistenz der Geschwulst fest, keine Pulsation wahrzunehmen; die Geschwulst ist gegen die knöcherne Unterlage verschieblich, bei der Palpation nicht schmerzhaft, mit der Haut verwachsen. Zwei ähnliche Geschwülste von gleicher Konsistenz und Farbe, ebenfalls vollkommen mit der Haut verwachsen und auf der Unterlage verschieblich, finden sich in der linken Achselhöhle am Oberarm und reichen, nur durch eine flache Rinne getrennt von der mittleren Axillarlinie bis zum vorderen Rande des Musculus deltoideus. Auch hier keinerlei Schmerzhaftigkeit und keinerlei Einschränkung der Bewegungsfähigkeit. Länge der nach außen gelegenen Geschwulst über die kupplige Oberfläche hinweg gemessen, 9,5 cm, Breite 5 cm, Prominenz 3 cm. Die nach hinten gelegene Geschwulst; Länge 5 cm, Breite 5 cm, Prominenz 2,5 cm. Eine ähnliche Geschwulst von 7 cm Länge, 5 cm Breite und nicht so großer Prominenz wie die bisher beschriebenen, hat ihren Sitz an der Rückseite des linken Oberarmes, dicht oberhalb des Condylus externus. In der linken Achselhöhle ein zweiapfelgroßes hartes Drüsenpaket. Ein kleines Drüsenpaket in der rechten Achselhöhle. Außerdem finden sich kleine supra- und infraklavikulare, submaxillare und submentale Drüsen. Allgemeinbefinden nicht gestört. Arsenkur, beginnend mit dreimal drei Tropfen Natr. arsenic. Probeexzision aus der vorderen Geschwulst am Oberarm ergibt Gewebe von sarkomähnlichem Charakter. Seitens des pathologischen Institutes wird die Annahme bzw. die Möglichkeit einer Lymphosarkomatosis cutis geäußert. Geschwulst nach zehntägiger Arsenkur deutlich kleiner und in der Konsistenz weicher geworden. Arsenkur wird fortgesetzt. Tumoren sind wieder nachweisbar größer und härter geworden. In Lokalanästhesie Exzision der Sarkome in der linken Achselhöhle und am Oberarm durch großen Ovalärschnitt bis auf die Faszie. Acht Tage später in Narkose Exstirpation des großen Tumors über dem rechten Auge. Thiersche Hauttransplantation aus dem rechten Oberschenkel. Exstirpation des Tumors am linken Ellenbogen. Haut ist gut angeheilt, in der Mitte ein granulierender Defekt. Anatomische Diagnose: Ein Querschnitt durch die Mitte der Geschwulst zeigt eine langsam von der Peripherie nach dem Zentrum hin zunehmende Dickenzunahme, im Maximum zirka 2 cm im formalingehärteten Präparat. Die Schnittfläche zeigt keine besondere Zeichnung und sticht von der Schnittfläche des umgebenden Unterhautbindegewebes durch einen gelben Farbenton ab. Die mikroskopische Untersuchung ergibt ein vollständiges Intaktsein der Epidermisdecke. Unterhalb der Epidermis eine mehr oder weniger dünne Schicht mit spärlichen Zellen. An diese Schicht grenzt ein sehr zellreiches Gewebe, welches die ganze Tela subcutanea durchsetzt und an den Präparaten, welche von dem Tumor oberhalb des Auges stammen, bis in die obersten Schichten des Musc. frontalis reichen. Im Tumorgewebe mäßig reichlich Kapillaren. In den oberflächlichen Schichten hin und wieder verkümmerte Schweißdrüsen und, um die spärlichen Haarbälge herum, Residuen atrophischer Talgdrüsen. Diese sehen zuweilen aus wie kleine Retentionszysten mit mehr oder weniger abgeplattetem Epithel. An den Randpartien sieht man das Tumorgewebe streifenbögig in die Umgebung einwachsen: dort, wo der Tumor ins Muskelgewebe eindringt, kann man häufig die Tumorzellen, entlang dem Perimysium zwischen die einzelnen Muskel-

Digitized by Google

fibrillen sich verschieben sehen. Wo die Muskelteile vollkommen von Tumorgewebe umschlossen sind, kann man weitgehende Degenerationserscheinungen sehen, vor allem Verlust der Querstreifung. Das Tumorgewebe selbst besteht aus durchweg gleichartigen Zellen von kugelig polygonaler Form. In der Größe rangieren sie zwischen großen und kleinen Lymphozyten. Die Zellen haben einen großen, fast das ganze Protoplasma ausfüllenden Kern, der sich stark mit Hämatoylin färbt. Das Zellprotoplasma zeigt keine Besonderheiten. Kernteilungsfiguren konnten nicht gefunden werden. Bei Färbung nach VAN GIESON zeigt sich ein ziemlich reichlich vorhandenes, mehr oder weniger zartes Zwischengewebe, welches häufig die einzelnen Zellzüge umgreift. Es gewinnt der Tumor an diesen Stellen fast einen lymphosarkomatösen Charakter. Nach dem klinischen Verlauf (der Mann starb zwei Wochen nach seiner Entlassung aus der Klinik) sowohl wie nach dem histologischen Bilde stellt Verf. die Diagnose auf multiples Rundzellensarkom.

Fritz Loeb-München.

Heilung eines Falles von Hautsarkomatose durch Thorium X, von K. HERXHEIMER-Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 47.) Unter einigen 25 Fällen, welche ohne unangenehme Nebenwirkungen mittels Thoriuminjektionen behandelt wurden, und über welche später berichtet werden soll, befand sich als besonders bemerkenswerter Fall ein 58jähriger Wirt, bei welchem im Laufe von etwa fünf Monaten eine reichliche Aussaat von kleinen Tumoren am ganzen Körper mit Ausnahme nur des Gesichts, der Hände, Unterschenkel, Füße und Genitalien hervorgetreten war. Ihre Zahl war auf wohl mehr als 1000 zu schätzen. Die Biopsie ergab die Diagnose Sarkomatose. In achttägigen Zwischenräumen wurden sieben Injektionen in Dosen von 1 Million Macheeinheiten (= 1000 elektrostatischen Einheiten) gegeben; schon nach der zweiten Injektion war eine gewisse Besserung zu konstatieren, die stetig fortschritt, so daß zurzeit sämtliche Tumoren bis auf einzelne, ganz geringe Residuen vollständig beseitigt sind. Für alle Fälle von Sarkomatose erwartet Verf. ein gleich günstiges Resultat allerdings nicht.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bericht über einen Fall von melanotischem Sarkom und dessen Behandlung mit der COLEYschen Flüssigkeit, von H. H. GREENWOOD-Leeds. (Lancet, 28. Sept. 1912.) Ein 67jähriger kräftiger Arbeitsmann kam mit einem zirka 7 cm im Durchmesser betragenden, am Halse ungefähr auf der Mitte der Klavikula lokalisierten Tumor zur Behandlung. Die Biopsie bestätigte die oben angegebene Diagnose. Bei der daraufhin vorgenommenen Operation blieben einzelne dicht an der Wirbelsäule gelegenen Herde zurück und wucherten bald sehr erheblich. Injektionen von COLEYscher Flüssigkeit, welche zunächst intramuskulär, später auch intratumoral gegeben wurden, hatten eine ausgesprochene Schrumpfung des Gewächses zur Folge, und Pat. ist jetzt mit 14tägiger Unterbrechung seit dem 2. Mai 1911 stets arbeitsfähig gewesen. Die Injektionen werden einmal monatlich fortgesetzt. Die Dosis betrug anfangs nur 0,03 und wurde bis auf 0,5 und sogar auf 1,2 gesteigert. Kollapszustände stellten sich allerdings gelegentlich in nicht unbedenklicher Form ein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die sogenannte Pseudoleukämie, von EUGEN FRÄNKEL-Hamburg. (Verh. d. dtsch. Pathol. Ges., 15. Tagung 1912, Gustav Fischer-Jena.) Bei dem Bemühen der Pathologen auf dieser Tagung, die unter dem unklaren klinischen Sammelnamen Pseudoleukämie verstandenen Krankheitsbilder ätiologisch zu ordnen, werden auch zwei dermatologisch interessante Zustände geschildert: die Lmyphodermia cutis und das Chlorom. Erstere Erkrankung, eine herdförmige Einlagerung lymphatischen Gewebes in die Haut, kommt bei der aleukämischen Hyperplasie der Lymphdrüsen vor, während das Chlorom, wie es in der Mund- und Rachenhöhlenschleimhaut vorkommt, dem Lymphosarkom an die Seite gestellt wird.

H. Lautsch-Graudenz.

Digitized by Google

b. Benigne.

Behandlung der Warzen. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 49.) Als äußere Mittel werden empfohlen der Galvanokauter, die Auslöfflung mit nachheriger Ätzung der Oberfläche mittels des Höllensteinstifts oder mit auf die Hälfte verdünnter Salpetersäure, Salizylkollodium 1 : 10, Sublimat 1 : 50, ferner Pinselung zweimal täglich mit Chrysarobintraumatizin 1 : 20 oder mit folgender Salbe: Acid. salicyl. 0,5, Chrysarobin 1,0, Ichthyol 2,0, Lanolin 8,0, Vaselin 12,0.

Auf die Verrucae planae juveniles wird die Brocqsche Salbe appliziert: Naphtol β 1,0, Sulfur. praec. 3,0, Resorcin. 2,0, Camphorae 1,0, Sapon. virid. 2,0, Cret. praepar. 4,0, Vaselin 10,0.

Die negative Elektrolyse gibt gute Resultate bei gestielten und bei periungealen Warzen. Die Röntgentherapie gibt in Sitzungen von 5 H alle 15—20 Tage unter Abdeckung der gesunden Partien ebenfalls gute Erfolge, desgleichen Radium und Kohlensäureschnee (15—50 Sekunden). Innerlich gibt man ein Darmdesinfiziens, z. B. Magnesia usta 0,5—1 g oder Natrium sulfuricum 2 g pro die, ferner 30—40 Tropfen Thuyatinktur jedesmal vor dem Essen. A. Gunsett-Straßburg.

Magnesia usta in der Behandlung der Verrucae planae, von Petges-Bordeaux. (Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, 1912, Nr. 44.) Mitteilung eines Falles von Verrucae planae im Gesicht einer 28jährigen Frau, welche in 14 Tagen durch Einnahmen von 4 g Magnesia usta täglich heilte. A. Gunsett-Straßburg.

Über die verschiedene Anwendung der Elektrizität in der Behandlung von Warzen, von Louis Nahan. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Fall von Recklinghausenscher Krankheit, von Renaux. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 43.) Die Kranke mußte wiederholt operiert werden, da einige Tumoren sie durch ihre Größe in den Bewegungen hinderten. Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zum Studium der Ätiologie und Pathogenese des menschlichen Molluscum contagiosum und des kontagiösen Epithelioms der Vögel, von G. Mariani-Pavia. (Il Pensiero med., 1912, Nr. 7.) Die von Borrel empfohlene Löfflersche Methode und die alte Giemsasche Methode liefern unsichere und mangelhafte Resultate.

Bei der Untersuchung frischer Präparate (in physiologischer Kochsalzlösung zerteiltes Material) aus menschlichem Molluscum contagiosum mit Dunkelfeldbeleuchtung beobachtet man eine Unmenge sich lebhaft bewegender, kleinster, rundlicher, mittelmäßig lichtbrechender Körperchen, die zuweilen ein verdicktes und ein zugespitztes Ende haben. Die Bewegungen sind Schwankungen, Drehungen und es scheint, auch Translationsbewegungen, und sind desto lebhafter, je frischer das Präparat ist. Die Körperchen sind meistens isoliert, zuweilen zu zwei oder zu kleinen Gruppen vereinigt. Nach kurzer Zeit hören die Bewegungen auf.

Zu einer genaueren Untersuchung (mit Dunkelfeldbeleuchtung) eignen sich besser fixierte und gefärbte Präparate. Zur Fixierung kann man Osmiumsäure, absoluten Alkohol und Äther, Methylalkohol und die Hitze benutzen. Die besten tinktoriellen Resultate erzielte Verfasser mit dem Verfahren von Giemsa 1909, mit Eisenhämatoxylin, mit dem Verfahren von Golgi und Yamamoto (Silberdurchtränkung). Die Giemsasche Methode liefert bei Dunkelfeldbeleuchtung ausgezeichnete Resultate: man kann die Molluskumkörperchen und die in ihnen enthaltenen Korpuskula ganz deutlich in allen ihren Details unterscheiden.

Ganz ähnliche Resultate wie bei den menschlichen Molluscum contagiosum erhielt Verfasser bei Anwendung derselben Methoden, bei dem Epithelioma contagiosum der

Digitized by Google

Tauben; nur scheinen hier die Körperchen etwas kleiner und gleichmäßiger rundlich zu sein.

Ob es sich bei den Elementen, die man bei dem menschlichen Molluscum contagiosum beobachtet, um askokokkenähnliche Wesen, wie Borrel behauptet, oder um protozoenartige Parasiten, wie Prowazek angibt, handelt und ob sie für die Krankheit spezifisch sind, kann Verfasser auf Grund seiner Beobachtung noch nicht entscheiden.

K. Rühl-Turin.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Soll man Syphilitische über ihren Zustand aufklären? (Bull. soc. franç. de prophylaxie san. et mor., 1913, Nr. 1.) Diskussion zu dem Vortrage von Fouquet in der letzten Sitzung. Die Redner stellen sich im allgemeinen auf einen ähnlichen Standpunkt wie der Vortragende. Mehrere machen nur einige Reserven bezüglich der Art und Weise, wie die Aufklärung über die Krankheit erfolgen soll. Man muß trachten, Zeit zu gewinnen, daß die Betreffenden sich inzwischen mit ihrer Krankheit mehr abgefunden haben. Die sofortige Aufklärung kann oft schwere Folgen haben.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Prostitution jugendlicher Mädchen in München, von Rupprecht-München. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 1.) Verfasser bespricht das Thema nicht als Mediziner, sondern von seinem Standpunkt als Jugendstaatsanwalt aus, wobei er auf seinen Erfahrungen beim Münchener Jugendgericht in den Jahren 1909—1911 fußt. Man kann sich nach diesen Darlegungen der schweren Bedeutung des Themas nicht verschließen, befanden sich doch 156 der im Jahre 1909 wegen Gewerbsunzucht angezeigten Mädchen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren. Zur Bekämpfung des Übels sind die Machtmittel der Polizei und der Gerichte nicht hinreichend; wohltätige Vereinigungen müssen ergänzend eingreifen, aber trotz allem Bemühen ist nur auf mäßigen Erfolg zu hoffen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Der 9. Kongreß der **Deutschen Röntgen-Gesellschaft** findet am 30. März 1913, morgens 9 Uhr im Langenbeckhaus in Berlin statt; vorher geht ein Demonstrationsabend am 29. März, abends 8 Uhr.

Privatdozent Dr. Bruno Bloch in Basel wurde zum a. o. Professor ernannt.

Dr. Max Tièche hat sich in Zürich als Privatdozent für Dermatologie und Syphilis habilitiert.

Dem Privatdozenten Dr. Pietro Stancanelli in Neapel wurde die Venia legendi für die Universität Catania übertragen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

29. März 1913 | Nr. 13 | Band 56

Hypothyreoidismus (Forme fruste des Myxödems).

Demonstration im Hamburger Ärztlichen Verein, am 3. Dezember 1912.

Von

Dr. Alfred Saenger,

Oberarzt am Allg. Krankenhause St. Georg in Hamburg.

Ein 50jähriger Herr, der früher stets gesund gewesen, leidet seit zwei Jahren an Nachlaß des Gedächtnisses, psychischer Depression und in letzter Zeit an Photopsien (Flimmern vor den Augen, Farbensehen), auch traten hier und da epileptiforme Attacken auf. Er ist hereditär nicht belastet, mäßig in Alkohol, rauchte ziemlich viel; keine Lues.

Die genaueste Untersuchung des Nervensystems ergab keine Abweichung von der Norm. Der Blutdruck annähernd normal; Urin frei.

Bei der genauen Inspektion und Palpation fiel auf, daß die Nackenhaut auffallend hart und trocken war. Auf Befragen gab Patient an, daß er sich durch die Härte der Nackenhaut in letzter Zeit erheblich geniert fühlte. An dem gedrungenen Hals konnte keine Schilddrüse palpiert werden.

Aus diesem Befund wurde die Diagnose Hypothyreoidismus gestellt. Patient nahm Thyreoidintabletten à 0,1 einmal täglich.

Nach fünfwöchentlicher Behandlung kam Patient wieder und erklärte, daß er sich ganz geheilt fühle; er sei so frisch wie vor der Erkrankung. Niemals habe er wieder Anfälle gehabt. Keinen Kopfdruck mehr. Er war im ganzen schlanker geworden. Den Nacken bewegte er ganz frei. Die Nackenhaut war ganz normal geworden. Das Augenflimmern war verschwunden. Patient machte spontan auf eine eigentümliche Hautaffektion aufmerksam an seinen Fingern. Die Haut war rissig und schmutzig verfärbt gewesen. Die Risse wollten trotz angewandter Mittel nicht heilen; seit der Thyreoidinbehandlung fing die Haut an zu heilen.

Dieser Fall schließt sich an die sieben Fälle von Forme fruste des Myxödems an, die ich in meinem Vortrag in der Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte zu Frankfurt a. M. 1911 mitgeteilt habe.

Besonders bemerkenswert ist dieser Fall von Forme fruste des Myxödem- oder Hypothyreoidismus durch die epileptiformen Anfälle, die Photopsien und die durch die Thyreoidintherapie geheilten eigentümlichen Hautaffektionen.

Digitized by Google

Ich habe damals[1]) auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die unausgebildeten Fälle des Myxödems zu diagnostizieren, weil die charakteristischen Hauptsymptome ganz verwischt sein können. Nach Analogie mit den Erfahrungen beim Morbus Basedowii hat man diese Fälle unter dem wenig zutreffenden Namen Forme fruste beschrieben. Die meisten Arbeiten stammen aus dem Ausland. Zutreffender ist die Bezeichnung Hypothyreoidismus. Zu der noch kleinen Literatur — viele Fälle wurden jahrelang als Nephritis, Chlorose, als Neurasthenie und Hysterie vergeblich behandelt — kommen meine acht eigenen Beobachtungen. Aus denen hervorgeht, daß es Fälle von Myxödem gibt: 1. wo das charakteristische Symptom, die Veränderung der Haut, die der Krankheit den Namen gegeben hat, vollkommen fehlen kann; 2. daß die Hautveränderungen fehlen und nur die Schleimhaut befallen sein kann; 3. daß eine gewisse Hautveränderung da ist, die aber nicht die charakteristischen Merkmale der myxödematösen Hautveränderung hat. Die Haut ist nicht hart und derb, sondern zeigt nur eine gewisse Fülle; 4. sieht die Haut nicht blaß aus, sondern kann eine normale Farbe haben, ja kongestioniert aussehen; 5. kann die charakteristische psychische Veränderung (Langsamkeit des Denkens, der Auffassung, der Empfindung und Bewegung, Stupidität und Beschränktheit) beim Myxödem ganz fehlen. So bei drei Fällen meiner Beobachtung; 6. können oft nur rein neurasthenische Symptome an die Stelle treten; Unruhe, Kopfdruck usw. bei guter Intelligenz und Lebhaftigkeit des Geistes; 7. als Hilfsmittel zur Stellung der Diagnose ist die Gegend der Schilddrüse genau zu untersuchen. Nach meiner Erfahrung zeigt die Schilddrüse einen atrophischen Zustand, respektive sie fehlt ganz. Hierbei muß ich hervorheben, daß die Inspektion und Palpation keinen sicheren Schluß zuläßt, denn es kann ja hinter dem Sternum eine Schilddrüse liegen, oder es können Nebenschilddrüsen vorhanden sein. Immerhin hat mich die regelmäßige Untersuchung der Schilddrüsengegend oft auf die richtige Spur geführt; 8. ebenso wie bei der Forme fruste des Basedow können sich im Laufe der Zeit die Hauptsymptome hinzugesellen, jedoch scheinen sich bei der Forme fruste des Myxödems die gerade vorhandenen Symptome länger stabil zu erhalten; 9. differentialdiagnostisch kommen Krankheiten in Betracht, die ein oder beide Hauptsymptome des Myxödems, das ist die eigentümliche Beschaffenheit der Haut und die psychische Veränderung, wenn anch modifiziert, darbieten können. Das sind die Krankheiten mit blassem, gedunsenem Gesicht, wie Nephritis, Chlorose und Status thymicolymphaticus. Manchmal sieht man bei alten Frauen nicht selten eine an Myxödem erinnernde

[1]) Medizinische Klinik, 1911, Nr. 4.

Digitized by Google

Veränderung des Gesichts. Beide Hauptsymptome beobachtet man exquisit in manchen Fällen von Mongolismus. Ich hatte jedoch noch nie bei einem solchen Falle einen Erfolg von der Schilddrüsentherapie gehabt, obwohl beinahe jedesmal ein dahin zielender Versuch unternommen worden war. Die Pathogenese des Hypothyreoidismus ist noch lange nicht geklärt. Es handelt sich natürlich um Ausfallserscheinungen infolge der Erkrankung der Schilddrüse. Unklar bleibt, warum trotz weitreichender Atrophie der Schilddrüse einmal die Hautveränderung und einmal die psychische Veränderung fehlt. Ob dabei die innere Sekretion anderer Drüsen eine Rolle spielt, bleibt auch dann eine Frage der Zukunft.

Das Studium des Hypothyreoidismus ist notwendig und muß ausgebaut werden, zumal es von viel größerer praktischer Wichtigkeit ist als die Forme fruste des Morbus Basedowii, da wir mit der Stellung der richtigen Diagnose zugleich das zuverlässige Heilmittel in der Verabreichung von Thyreoidinsubstanz in Händen haben. Den Dermatologen dürfte zunächst interessieren, daß die bisweilen nur angedeuteten Hautveränderungen mich auf die richtige Diagnose brachten. Im Falle 8 waren die vorstehenden Symptome: eine polsterartige Anschwellung beider Hände; zwischen den Fingern befanden sich Rhagaden und Geschwüre. Die gesamte Haut war auffallend trocken. In dem Falle 2, 3 und 7 waren es: eine Gedunsenheit des Gesichts bzw. eine etwas derbe Schwellung der Arme, Hände und Beine, welche den Arzt neben den allgemeinen Symptomen leitete. Im Falle 4 heben wir die dicke und plumpe Zunge hervor, an deren Seiten sich Eindrücke von Zähnen zeigten. Im Falle 6 war neben ausgebreiteten spezifischen Veränderungen in verschiedenen Organen eine starke spezifische Atrophie der Schilddrüse, ohne die charakteristischen Veränderungen der Haut, vorhanden.

Die Kenntnis der Forme fruste des Myxödems oder des Hypothyreoidismus ist für den Dermatologen schon aus dem Grunde von Bedeutung, weil er einmal in die Lage kommen kann, an den Veränderungen der Haut, wenn sie mit im Vordergrunde stehen und aller äußeren Therapie getrotzt haben, das therapeutisch so wunderbar zu beeinflussende Grundleiden zu erkennen.

Digitized by Google

Aus dem Instituto di Patologia chirurgica der Kgl. Universität Pisa
(Vorstand: Prof. G. Tusini).

Die toxische Lehre in der Pathogenese des Verbrennungstodes.

Von
Dr. Guido Ferrarini, Dozent und Oberassistent.
(Ins Deutsche übertragen von Dr. med. K. Rühl, Turin.)

(Schluß.)

Wenn man diese Gesichtspunkte auf die Untersuchungen anwendet, die, wie gesagt, von vielen Autoren zwecks Erforschung der Toxizität des Blutes oder des Harnes der Verbrannten ausgeführt wurden, so liegt es nahe, daß diese Untersuchungen, auch wenn sie positiv ausgefallen sind, keine wesentliche Bedeutung bez. der Lehre von dem sog. Verbrennungsgifte haben können. In der Tat, um behaupten zu können, daß das betreffende Gift aus dem verbrannten Gebiet herstammt, muß man in erster Linie nachweisen, daß im Blute und im Harne ein Gift vorhanden ist, welches sich nur in dem genannten Gebiet bilden kann, d. h. daß die einfache Einwirkung der Hitze imstande ist, die Eiweißkörper der Gewebe derart zu verändern, daß ein tatsächlich giftiger Stoff entsteht, der dann in den Kreislauf übergeht und im Blute und Harne nachweisbar ist. Daß aber die Hitze eine solche Wirkung entfalten kann, daß wird heute von niemandem ernstlich behauptet. Die Arbeiten von Catiano, Reiss u. a., welche diesen Nachweis erbringen wollten, haben keinen Anklang gefunden. Den Behauptungen von Parascandolo, daß die vom Körper losgetrennten und dann der Hitze ausgesetzten Gewebe giftig würden, wurde, obwohl sie zum Teil von Weidenfeld bestätigt wurden, später von allen Forschern und in erster Linie von Pfeiffer, Helsted, Spiegler usw. entschieden widersprochen.

Ich habe jedoch, da sich mir Gelegenheit dazu bot, einige diesbezügliche Versuche ausführen wollen. So habe ich inbezug auf die Giftigkeit des Blutes einigen gesunden Tieren das ganze Blut subkutan eingespritzt, welches ich aus dem Herzen von verbrannten und infolge der Verbrennung dem Tode nahestehenden Tieren (Meerschweinchen) gewinnen konnte, die ich durch Verletzung des Herzens selbst tötete. Diese Versuche ergaben mir keine anderen Resultate als die vorigen; die Inokulation selbst von großen (ungefähr $^1/_2$ Liter für einen Mann von mittlerem Gewicht entsprechenden) Mengen dieses Blutes entfaltete keine nachweisbare Giftwirkung.

Digitized by Google

Bezüglich der Giftigkeit des Harnes von Verbrannten habe ich einige grobe Experimente ausgeführt. Diese zeigten jedoch (soweit es sich um Meerschweinchen handelt), daß die ganze Harnmenge, welche von einem versengten und nach der Verbrennung noch 8—14 Stunden lebenden Meerschweinchen ausgeschieden wurde, nicht imstande war, einem gesunden Tier von derselben Art und ungefähr demselben Gewicht subkutan injiziert, dieses zu töten oder bei diesem eine merkbare Vergiftung hervorzurufen. Diesbezüglich möchte ich bemerken, daß ich zu diesem Versuche nicht den Harn, den ein verbranntes und die Verbrennung längere Zeit überlebendes Tier spät ausschied, sondern den Harn benutzte, den das Tier in den ersten Stunden unmittelbar nach der Verbrennung aussonderte [1]), also der Harn, der, nach den Befunden von Pfeiffer, die von Polland bestätigt wurden, am giftigsten sein soll, weil die noch unverletzte Niere das im Blute zirkulierende Gift durchgehen läßt.

Heyde hat vor kurzem auf das anaphylaktische Phänomen aufmerksam gemacht, welches bei der Wirkung des Verbrennungsgiftes eine Rolle spielen soll, und behauptet, daß bei dem Verbrennungstode gerade ein verlängerter anaphylaktischer Chok eintritt.

Gegen diese Anschauung Heydes kann man leicht einige Einwände erheben.

Erstens kann man einwenden, daß, wenn die einfache Existenz eines Eiweißkörperzerstörungsprozesses im Organismus mit der schweren und unmittelbaren Gefahr eines anaphylaktischen Choks, wie er von Heyde angenommen wird, verbunden wäre, manche anderen klinischen Zustände, die dieser Autor nicht in Betracht zieht, die aber einen sehr intensiven Prozeß dieser Art begleiten, ebenfalls einen derartigen Chok zur Folge haben müßten. Die Ischämien im allgemeinen, z. B. diejenigen der Gliedmaßen, welche zur Gangrän eines ganzen Gliedes führen und von dem Absterben einer großen Menge eiweißhaltiger Gewebe begleitet sind, müßten in dieser Beziehung und durch diesen Mechanismus viel schneller zum Tode führen als ein Verbrennungsschorf, was hingegen, soweit eine Infektion ausbleibt, nicht geschieht.

In zweiter Linie kann man bemerken, daß bei Verbrannten, wie Dupuytren angibt, zwar als Reaktionen auf den intensivsten Trennungsschmerz unmittelbar nach der Verbrennung Schlaflosigkeit, Delirien und Konvulsionen auftreten können, auf welche dann mehr oder minder rasch der soporöse Zustand und das Koma folgen können, und daß man zwar

[1]) Hier liegt offenbar ein Widerspruch vor. Verfasser schreibt oben: „Tutte le orine secrete da un animale scottato e soppravissuto da 8 a 14 ore", d. h. „die ganze Harnmenge, die von einem Tier ausgeschieden wurde, welches eine Verbrennung erlitt und nach derselben noch 8—14 Stunden lebte". (K. R.)

Digitized by Google

bei Verbrannten während der Krankheit, selbst noch einige Zeit nach der Verbrennung Konvulsionen mit ähnlichen Charakteren wie die urämischen Krämpfe tatsächlich beobachten kann, daß aber die Reizungserscheinungen (heftiges Erbrechen, starke Dyspnöe, Krämpfe, Tremor, Konvulsionen), welche für den anaphylaktischen Chok charakteristisch sind, bei Verbrennungen bei weitem nicht so auffallend und so typisch und besonders nicht so konstant sind. In dieser Beziehung erscheint der Symptomenkomplex, den Heyde bei den mit Methylguanidin (und Pfeiffer bei den mit seinem Nukleoproteid) vergifteten Meerschweinchen beschrieben hat, nicht so leicht mit dem klinischen Bilde, das man infolge von Verbrennungen beobachtet, und besonders mit der Art und Weise identifizierbar, in der experimentell erzeugte Verbrennungen der Meerschweinchen verlaufen. Ich habe bei zahlreichen Meerschweinchen Verbrennungen erzeugt, nie aber bei den verbrannten Tieren Konvulsionen beobachtet; nach der Verbrennung wurden die Tiere fast sofort soporös und blieben so bis zum Tode.

In dritter Linie könnte man gegen die Behauptungen Heydes einwenden, daß zwischen den Verhältnissen der Verbrannten, bei welchen von Anfang an die mehr oder minder reichliche Quelle des Giftes bestände, welches sie ununterbrochen vergiften würde und den Verhältnissen der Meerschweinchen, welche dieser Autor wiederholte, aber fraktionierte und sukzessive Einimpfungen von verbranntem Gewebe machte, ein allzu großer Unterschied besteht, als daß man aus einer bei den Meerschweinchen beobachteten Erscheinung auf das wahrscheinliche Vorkommen derselben bei verbrannten Menschen schließen könnte. Besonders könnte man einwenden, daß, wenn eine Verbrennung tatsächlich im Organismus einen anaphylaktischen Zustand herbeiführte, eine später erfolgende zweite und dritte, selbst geringe Verbrennung viel verhängnisvoller sein müßte, während dies, obwohl bei manchen Gewerben Verbrennungen sehr oft vorkommen, bisher nie beobachtet wurde.

Schließlich kann man noch bemerken, daß, während man infolge der Einverleibung zahlreicher Substanzen (Blutserum, Eiereiweiß, Papain, Extrakte aus Organen, Peptone, Toxine usw.) eine anaphylaktische Reaktion auftreten sah, hingegen infolge der Einverleibung von chemisch so bestimmten Stoffen, wie das Methylguanidin, eine solche Reaktion nicht einzutreten scheint oder wenigstens bis jetzt nicht mit Sicherheit nachgewiesen wurde.

Wie dem auch sei, ich habe in Anbetracht der Tatsache, daß man heutzutage dazu neigt, die Grenzen der anaphylaktischen Erscheinungen zu erweitern und der anaphylaktischen Reaktion eine durchaus nicht typische Bedeutung und Symptomatologie zuzuschreiben, es für zweck-

Digitized by Google

mäßig gehalten, die Untersuchungen Heydes zu wiederholen und weitere besondere, viel empfindlichere Versuche anzustellen, welche (nach der Meinung der auf diesem Gebiete besonders kompetenten Fachleute) ganz besonders imstande waren, die eventuelle Existenz einer derartigen Reaktion hervortreten zu lassen.

Ich inokulierte gesunden Tieren nicht nur wiederholt aus Verbrannten herstammendes Material (Gewebe in toto, durch Auspressung gewonnenen Saft aus diesen usw.), sondern ich führte bei der 2. und 3. Injektion (je 20—30 Tage nach der vorigen) das Material direkt unter die Dura ein. Aus meinen Versuchen ging stets hervor, daß selbst 2—3 malige derartige Einspritzungen von Geweben, Gewebssaft oder Blut aus Verbrannten keine anaphylaktische Reaktion hervorruft, selbst wenn man den von Besredka empfohlenen Kunstgriff anwendet, das Material unter die Dura einzuimpfen, durch welchen man bekanntlich einen selbst schwachen und anfänglichen anaphylaktischen Zustand deutlich zum Vorschein zu bringen pflegt.

Weidenfeld hat einen Beitrag zur toxischen Lehre durch einen Bericht über einige Fälle geliefert, in welchen die Exstirpierung des durch die Hitze beeinflußten Gebietes den Kranken vor dem Tode gerettet haben soll, ein Zeichen, daß dieses der Entstehungsherd der Gifte war.

In dem ersten dieser Fälle handelte es sich um eine Frau, welche eine fast die Hälfte der Körperoberfläche interessierende Verbrennung dritten Grades erlitten hatte und welcher Weidenfeld $1^1/_2$ Stunden nach dem Unfall mit einem Thierschschen Messer die ganze verbrannte Haut entfernte. Der Erfolg war ein eklatanter — so schreibt Weidenfeld — denn das Koma, von welchem die Frau befallen war, verschwand nach kurzem, und Patientin überlebte 5 Tage, während sie sonst nach wenigen Stunden gestorben wäre.

Im zweiten Fall handelte es sich um ein $3^1/_2$ jähriges Kind, welches eine ungefähr über ein Viertel der Körperoberfläche ausgedehnte Verbrennung dritten Grades erlitten hatte. Weidenfeld entfernte die verbrannte Haut und behandelte das Kind mit ausgiebigen wiederholten Hypodermoklysen mit Kochsalzlösung. Das Kind lebte noch 15 Tage, während es sonst, nach Weidenfelds Meinung, nach 2—3 Tagen gestorben wäre.

Der dritte Fall betrifft ein 20 jähriges Mädchen, welches eine über ungefähr ein Drittel der Körperoberfläche ausgebreitete Verbrennung erlitt und, von Weidenfeld nach seiner Methode behandelt, zur Heilung kam.

Ich will hier diese Fälle und die etwas zu sichere Art und Weise nicht ausführlich erörtern, in welcher Weidenfeld auf Grund des Grades

Digitized by Google

und der Ausdehnung der Verbrennungen die Lebensdauer der betreffenden Patienten glaubt bestimmen zu können. So enthalten die Arbeiten Weidenfelds Tabellen, nach deren Angaben einer bestimmten Ausdehnung und Intensität der Verbrennung eine ganz bestimmte Lebensdauer entsprechen soll. Die klinische Erfahrung erlaubt aber nicht, daß man diesen Tabellen einen großen Wert zuschreibt und daß man die von Weidenfeld aus denselben in bezug auf seine drei erwähnten Fälle gezogenen Schlußfolgerungen ohne weiteres als richtig betrachtet.

Aus diesem Grunde, auf den ich, bei der Geringfügigkeit der Zahl der Fälle, die Weidenfeld nach seiner Methode behandelte, nicht näher eingehen zu müssen glaube, und ferner, weil einer der drei Patienten außerdem auch mit den von Tommasoli vorgeschlagenen Hypodermoklysen behandelt wurde — welche, wie Weidenfeld selbst anerkennt, schon an und für sich zuweilen bedeutende therapeutische Resultate liefern können — glaube ich annehmen zu dürfen, daß auch die von Weidenfeld angeführten klinischen Versuche nicht als ein unbestreitbares Argument zur Stütze der Lehre von dem Verbrennungsgift gelten können.

Wenn man bedenkt, daß der Verbrennungstod offenbar eine der komplexesten Erscheinungen in der menschlichen Pathologie ist, so legen diese therapeutischen Versuche von Weidenfeld (ebenso wie diejenigen von Parascandolo, der den Vorschlag machte, bei Verbrennungen ein besonderes Serum anzuwenden, das er vermittels der aus den verbrannten Geweben gewonnen Giftstoffe herstellte) die Vermutung nahe, daß einige Autoren einen mangelhaften und einseitigen Begriff des Verbrennungstodes haben.

Dies sind, kurz angeführt, die klinischen, pathologisch-anatomischen und experimentellen Erscheinungen, auf deren Grund im Laufe eines halben Jahrhunders die Theorie von dem sog. Verbrennungsgift aufgestellt wurde. Alle diese Beweisgründe können aber, nach meiner Überzeugung, einer unbefangenen kritischen oder experimentellen Prüfung nicht Stand halten.

Nichtdestoweniger hat die Annahme eines Giftes, welches unter der Wirkung der Hitze in den betroffenen Geweben entstehen soll, besonders in neuerer Zeit den ersten Platz auf dem Gebiete der Untersuchungen über die Ursachen des Verbrennungstodes eingenommen. Die Kraft dieses Giftes wurde so hoch geschätzt, daß man sogar behauptet hat, es können auf diesem Wege ganz beschränkte und umschriebene Verbrennungen als Todesursachen wirken.

Alles in allem, es wurde auf diesem Gebiete viel übertrieben, und es fehlt wenig daran, daß man die Verbrennung als solche, unabhängig

Digitized by Google

von ihrer Schwere und Ausdehnung, etwa als eine der verhängnisvollsten Läsionen betrachtet. Man hat offenbar, indem man die Versuche ausführte, nicht immer die Ergebnisse der täglichen klinischen Beobachtung am Krankenbette im Auge behalten und nicht in Betracht gezogen, daß das, was gegen die Jahrhunderte alte klinische Erfahrung spricht, nur aus fehlerhaften experimentellen Kunstgriffen hervorgehen kann.

Soll man aber aus diesem Grunde die Lehre von dem Verbrennungsgifte als gänzlich unbegründet betrachten und die Möglichkeit ausschließen, daß in den von der Hitze betroffenen Geweben ein fremdartiger Stoff zustande kommt, der, resorbiert und in den Kreislauf eingedrungen, eventuell als Gift wirke und zur Erzeugung jenes Allgemeinzustandes beitrage, welcher den Patienten nach und nach zum Exitus führt? Das will ich durchaus nicht behaupten; es wäre meines Erachtens ebensowenig am Platze, eine solche Möglichkeit in Abrede zu stellen, wie ihre Bedeutung und Konstanz zu übertreiben.

Vor allem sehe ich ganz gut ein, daß alle Experimente von mir und von den anderen Autoren inbezug auf die Lehre von dem Verbrennungsgift keinen absoluten, sondern nur einen relativen Wert haben können. Der tierische Organismus kann, wenn er durch Momente verschiedener Art, durch Läsionen des Blutes, des Nervensystems usw., bereits in einen schweren Allgemeinzustand gebracht worden ist, wie es bei Verbrennungen der Fall ist, ohne Zweifel durch Fremdstoffe, die sich in ihm befinden oder bilden, intensiver beeinflußt werden als die gesunden Tiere, die wir bei unseren Versuchen anwenden und injizieren.

Ich stelle also die Möglichkeit, ja sogar die Wahrscheinlichkeit, daß aus dem Verbrennungsherde Stoffe resorbiert werden, die dem Organismus des betreffenden Individuums schädlich sein können, nicht nur nicht in Abrede, sondern behaupte ausdrücklich, daß eine solche Möglichkeit resp. Wahrscheinlichkeit existiert.

Das von der Hitze betroffene Blut wird ohne Zweifel in mehr oder minder großer Menge alteriert und zerstört, und bei dieser Zerstörung werden Stoffe freigemacht, die jedenfalls nicht unschädlich sind und nach mehr oder minder langer Zeit in den Kreislauf gelangen werden.

Diese Stoffe können Kaliumsalze sein oder aus Hämoglobin oder in fibrinogenen Fermenten bestehen, oder es kann sich um mehrere verschiedenartige Substanzen handeln, die auf diesem Wege frei werden und nach ihrer Resorption an und für sich den Organismus schädigen. Die Tatsache, daß das Blut der Verbrannten leichter gerinnt und zu Gasaustausch weniger fähig ist, wie auch durch neuere Beobachtungen bestätigt wurde, und die seit jeher bekannte Tatsache, daß im Harne der Verbrannten oft Hämoglobin nachweisbar ist, stellen Beweisgründe für die

Digitized by Google

oben erwähnte Möglichkeit dar, die allzu sicher sind, als daß man diese Möglichkeit anzweifeln oder in Abrede stellen könnte.

Andererseits werden die oberflächlichen und tiefliegenden Gewebe in dem Gebiete der Verbrennung durch die Hitze zum Teil vollständig und zum Teil unvollständig zerstört, und sowohl in dem einen wie in dem anderen Fall bilden sich ohne Zweifel in dem betreffenden Gebiet Fremdstoffe, d. h. Eiweißkörperderivate und vielleicht auch Produkte von leukomainischer Art, die infolge der veränderten Funktion der Zellen entstehen, welche durch die Hitze nicht gänzlich zerstört wurden.

Diese Stoffe werden nach mehr oder minder kurzer Zeit und mehr oder minder leicht den allgemeinen Kreislauf erreichen und dazu beitragen, den Organismus zu schädigen. Ob es sich dabei um Albumosen oder um Peptone oder um Leukomaine oder, was wahrscheinlicher ist, um mehrere verschiedenartige, vielleicht flüchtige Stoffe handelt, das mag vorläufig dahingestellt bleiben. Der Nachweis von Nukleoproteiden im Harne der Verbrannten, derjenige von Albumose oder der Befund von beträchtlichen Mengen von Methylguanidin usw., das können alles Beweise für den erwähnten Zerstörungprozeß der von der Hitze betroffenen Gewebe sein und stellen Befunde dar, von denen der eine nicht notwendigerweise den anderen ausschließt. In dieser Hinsicht ist es meines Erachtens ebenso fehlerhaft, wenn man behauptet daß im Harne aller Verbrannten stets z. B. Pepton nachweisbar sein muß, weil man diesen Stoff einige Male tatsächlich in solchem Harne gefunden hat, wie wenn man, weil man in einigen Fällen diesen Körper vermißte, behaupten will, daß in dem Urin der Verbrannten nie Pepton vorhanden ist.

Bei einem Teil der Patienten liefert uns der Harn, wie gesagt, tatsächlich den Nachweis davon, das eine intraorganische Zerstörung von Eiweiß, und zwar höchstwahrscheinlich des durch die Hitze veränderten Eiweißes, stattgefunden hat, welches entweder an und für sich oder durch die Produkte seiner weiteren Umwandlung für den ohne dies schon auf anderem Wege geschwächten Organismus schädlich geworden ist.

Schließlich ist die exkretorische Funktion der von der Hitze getroffenen Hautzone jedenfalls verändert und vielleicht sogar unterdrückt. Die allgemeine exkretorische Funktion der Haut ist desto stärker beeinträchtigt, je ausgedehnter die Verbrennung ist, und diese Beeinträchtigung wird zur Folge haben, daß auch auf diesem Wege eine Anhäufung von Giftstoffen im Organismus stattfinden wird, deren Ausscheidung eine vikariierende Funktion anderer Organe in Anspruch nehmen wird. Dabei wird es sich um Ammoniaksalze oder um ameisensaure Salze oder um Fettsäuren oder, viel wahrscheinlicher, um mehrere verschiedenartige Stoffe handeln, welche an und für sich schon dazu beitragen

Digitized by Google

werden, den Organismus zu schädigen, umsomehr als infolge der eingetretenen Veränderungen der Nieren, der Lungen, des Darmes usw. eine Ausscheidung der genannten Stoffe durch diese Organe erschwert sein wird. Alles dieses kann man meines Erachtens logischerweise als möglich, dagegen aber nicht als bei jeder Verbrennung konstant, annehmen; man darf, nach meiner Meinung, diesen neugebildeten oder retinerten Stoffen keine Hauptrolle bei dem Zustandekommen des schweren Allgemeinzustandes der Verbrannten zuschreiben. Die aus dem Verbrennungsherde resorbierten Produkte können auf einen bereits stark geschwächten Organismus mit fast unterdrücktem Schutzvermögen einen nicht unschädlichen Einfluß ausüben, auch wenn sie, einem gesunden Organismus eingeimpft, eventuell nicht schaden; auch können sie dazu beitragen, den Zustand des Organismus zu verschlimmern; dagegen sind sie nicht imstande — wenigstens ist dies nach meiner Meinung bis jetzt nicht nachgewiesen — an und für sich den Organismus schwer zu vergiften, die Struktur und die Funktion der Hauptorgane zu alterieren und in gleichem Maße wie die übrigen pathogenen Momente von nervöser, hämatischer und thrombo-embolischer Natur zum Tode des Organismus beizutragen, und noch weniger imstande, für sich allein eine derartige Vergiftung zu erzeugen, daß dieselbe als Haupttodesursache wirken kann. Ein einziger Umstand kann meines Erachtens die im Verbrennungsherde entstehenden Produkte wirklich toxisch und selbst tödlich gestalten: d. i. eine Infektion des Verbrennungsgebietes durch die Keime der Umgebung.

Die durch die Hitze tödlich beeinflußten Gewebe stellen eine mit dem noch lebenden Organismus verbunde Leiche dar; es entwickeln sich aus ihnen, wenn sie der Fäulnis anheim fallen, ohne Zweifel Ptomaine, welche bekanntlich äußerst giftig sind.

Die Fäulnis des Brandschorfes ist (ebenso wie die Vereiterung der Wunde) als ein zufälliges Ereignis zu betrachten, infolgedessen die Produkte des Verbrennungsgebietes tatsächlich an und für sich als alleinige Todesursache wirken können.

Abgesehen aber von diesem besonderen Fall habe ich keine klinische noch experimentelle unbestreitbare Tatsache ausfindig machen können, aus welcher ich mich hätte überzeugen können, daß die einfache Einwirkung der Hitze dazu genüge, um die Gewebe des Organismus, seien es oberflächliche oder tiefliegende Gewebe, direkt oder indirekt im wahren Sinne des Wortes giftig zu machen, d. h. um sie derartig umzuwandeln, daß sie die Fähigkeit annehmen, schwere Läsionen der hauptsächlichen Organe des Körpers zu erzeugen und auf diesem Wege als wichtige Todesursache zu wirken.

Nach meiner Ansicht muß man aus der Genese der parenchymalen

Digitized by Google

Entartungen der Eingeweide, welche den konstantesten Befund bei den Leichen der infolge von Verbrennungen erst nach einiger Zeit Gestorbenen darstellen, und der allgemeinen Symptomatologie, welche die Entwicklung dieser Entartungen begleitet, eine wichtige Mitwirkung eines an der Verbrennungsstelle entstehenden Giftes ausschließen.

Alles in allem glaube ich, daß von den zahlreichen Theorien, die aufgestellt wurden, um das Zustandekommen jener äußerst komplexen Erscheinung zu erklären, welche der Tod infolge Verbrennungen darstellt, die sog. toxische Lehre die am meisten bestechende ist; sie ist aber meines Erachtens trotz der großen Anzahl von klinischen und experimentellen Arbeiten, die ihr gewidmet wurden, die am wenigsten sicher begründete.

Zur Behandlung von Hautkrankheiten in Kurorten.

Von

Dr. Oskar Goldstein, Marienbad-Meran.

Vortrag, gehalten am VII. Kongreß der Balneologen Österreichs in Meran, am 11. Oktober 1912.

Während die Bedeutung der Kurorte in der übrigen Medizin allgemeine Anerkennung gefunden hat, fällt es auf, wenn wir von einigen wenigen, den Charakter engst umgrenzter Spezifität tragenden Kurorten absehen, wie sehr die Balneotherapie bei Erkrankungen des äußeren Integumentes bisher übersehen wurde; trotzdem doch die innigen Wechselbeziehungen zwischen Haut und Gesamtorganismus allgemein bekannt sind, indem nicht nur Organerkrankungen und konstitutionelle Anomalien als Ursache für solche der äußeren Decke angesprochen werden — ich erinnere an die alimentären Exantheme, an die mannigfachen pathologischen Zustände der Haut infolge von Diabetes und Gicht und auf Basis von Anämie, an die Sklerodermie und das Myxödem bei Erkrankungen der Schilddrüse — sondern auch krankhafte Veränderungen der Haut Störungen des Allgemeinzustandes zur Folge haben, direkt durch Beeinflussung der Temperaturregulierung und der Hautperspiration wie bei den Parakeratosen oder mehr indirekt durch Jucken, gestörten Schlaf, Darniederliegen des Appetits, abgesehen von einer Reihe infauster Dermatosen, die von schweren Schädigungen lebenswichtiger Organe gefolgt sind.

Die Dermatotherapie, gewohnt die Wirkung ihrer heilenden Agentien unter sorgfältiger Kontrolle des stetig wechselnden klinischen Bildes zu beobachten und dieselbe in feinster Weise abzustufen, hat eine naturgemäße Scheu, den umgekehrten Weg einzuschlagen und von bereits gegebenen, solch präziser Dosierbarkeit unzugänglichen Heilmitteln auszugehen und diesen Krankheitstypen als Ganzes unterzuordnen, um so mehr, weil oft genug die Erkenntnis der pharmakodynamischen Einzelwirkungen hier noch fehlt. So kommt es, daß die Empirie, die im wahren Sinne an den Quellen geschöpften Erfahrungen, welche auf den übrigen Gebieten anregend auf die theoretische Forschung

Digitized by Google

gewirkt hat und von dieser wieder befruchtet wurde, bei den uns beschäftigenden Fragen noch große Lücken aufweist. Dabei sind diejenigen, welche hier Arbeit geleistet und auf die Wirkung der mannigfachen, den Kurorten eigenen Heilpotenzen, auf die Haut im physiologischen und pathologischen Zustand hingewiesen haben, zum großen Teile außerhalb des Kreises der Dermatologen vom Fach zu suchen.

Müssen wir auch berücksichtigen, daß die Ätiologie der Dermatosen vielfach noch im Dunkeln liegt und mit Bekämpfung des an der Haut sichtbar in Erscheinung tretenden Prozesses oder der denselben beherrschenden Symptome häufig unser Können erschöpft ist, so sind wir doch, wie bereits erwähnt, für eine Reihe hierher gehöriger pathologischer Veränderungen über die ursächliche Bedeutung von Organstörungen genügend orientiert und insbesondere da kann die Balneotherapie in ihre Rechte treten. Dabei kommt ihr der Vorteil zustatten, daß sie die Heilschätze der mit Rücksicht auf ihre Indikation verschiedensten Kurorte ihren Zwecken nutzbar machen kann, nicht nur jener mit Quellen und anderen natürlichen Kurmitteln, sondern auch die meteorologischen Verhältnisse klimatischer Stationen verdienen für die Behandlung von Dermatosen erhöhte Beachtung.

Schon an der normalen Haut erkennen wir an dem unter dem Einflusse der Insolation auftretenden Erythem, der Blasenbildung und Pigmentierung die photochemische Wirkung der Sonnenstrahlen, welche nach Unna (1) weiterhin auch Hyperplasie der Epidermis hervorrufen kann. Hallopeau (1) erwähnt außer stärkerem Wachstum der Nägel die auch von O. Bernhard (1) bei starker Insolation gewöhnlich bedeckter Hautstellen beobachtete starke Haarbildung. Hollier (1) weist darauf hin, daß an sonnenbestrahlten Hautpartien nur selten Furunkel und Akne auftreten und daß solche Stellen eine örtliche Immunität gegen Varizellen zeigen.

Der deletäre Effekt des Lichtes auf das Protoplasma der Bakterien ist bekannt und durch eine Reihe exakter experimenteller Untersuchungen erhärtet. Ihrer nekrobiotischen Wirkung auf die erkrankten Zellen einerseits, die Phagozytose und Proliferation der fixen Gewebselemente anregenden Wirkung andererseits verdankt die Heliotherapie ihre unterstützende Bedeutung neben der Phototherapie mit künstlichen Lichtquellen bei der Behandlung des Epithelioms, des Lupus vulgaris und der Hauttuberkulosen insbesondere dort, wo eine radikale Behandlung nicht möglich ist.

Diese letztgenannten Affektionen sind es auch, welche die Domäne für die Allgemeinbehandlung in klimatischen Kurorten, vorzüglich zur Winterszeit, abgeben. Dabei muß es unentschieden bleiben, welchen Qualitäten des Lichtes, der Wärme, dem Lichte oder der chemischen Wirkung der kurative Wert der Sonnenstrahlen zukommt und ob diese mehr lokal oder allgemein durch Anregung biochemischer Prozesse, die bessere Blut- und Sauerstoffversorgung allein oder in Kombination mit anderen Faktoren angreifen. Jedenfalls wirkt die durch eine größere Zahl von unbedeckten Sonnentagen und Sonnenstunden begünstigte starke Insolation bei den durch den Tuberkelbazillus und dessen Toxinen erzeugten Manifestationen der Haut nicht nur, wenn diese mit spezifischen Organerkrankungen vergesellschaftet, sondern auch dann, wenn sie latent oder überhaupt nicht nachweisbar sind. Auch die prophylaktische Bedeutung in dem Sinne, daß durch Abtötung des Virus an der Haut eine Infektionsquelle verstopft, während gleichzeitig der Organismus selbst zur Abwehr widerstandskräftiger gemacht wird, scheint nicht gering anzuschlagen.

Erwähnung verdienen weiterhin jene Erkrankungsfälle, bei denen wo sich zur Organtuberkulose Lues hinzugesellt, eine Kombination, die bekanntlich schon im Frühstadium oft zu schweren ulzerösen Hautformen führt und prognostisch nicht gerade günstig ist. Zur schwierigeren therapeutischen Beeinflußbarkeit kommt noch die Vorsicht, mit welcher

Digitized by Google

Quecksilber und Salvarsan angewendet werden müssen, woraus wohl der wichtige unterstützende Einfluß erhellt, welcher hier klimatischen Winterstationen zukommen kann.

Aber nicht nur dann, wenn Lues mit Tuberkulose oder anderen konstitutionellen Erkrankungen konkurriert und bei der dem Hg gegenüber häufig refraktären malignen Lues, sondern auch neben der spezifischen Behandlung benigner Fälle dürfte die Balneodiätetik begründete Anwendung finden. Handelt es sich doch häufig um Individuen, welche durch die sekundäre Anämie, den verminderten Appetit und Schlaf, abgesehen von sonstigen durch die konstitutionelle Erkrankung bedingten Störungen, in ihrem Allgemeinbefinden nicht unwesentlich beeinträchtigt sind, weshalb, abgesehen von naheliegenden äußeren Gründen, auch veränderte hygienische und psychische Einflüsse eine gewisse Rolle bei Durchführung der Kur spielen dürften. Dazu kommen fernerhin die klimatischen Faktoren mit ihrer anregenden, hyperämisierenden Wirkung auf die Hauttätigkeit, ihrer die Aufnahme des Hg auf dem Inhalationswege befördernden vermehrten Schweißabdunstung neben Besserung der Blutbildung, Erhöhung des Stoffwechsels und der Verbrennungsprozesse einerseits, ihrem Einfluß auf den Eiweißansatz und die biochemischen Zellvorgänge im allgemeinen andererseits. Dagegen müssen wir bezüglich der balneotherapeutischen Maßnahmen im engeren Sinne Vollmer (2) beipflichten, der nach kritischer Beleuchtung derselben zu dem Schluß kommt, daß die Bedeutung aller Badekuren bei Lues hauptsächlich auf den durch die Bäder verursachten gesteigerten Umsatz im ganzen Organismus zurückzuführen sei, woraus Glax die weitere Folgerung zieht, „daß es für den Endeffekt ziemlich gleichgültig sein muß, durch welche Bäder und Badeprozeduren wir den gesteigerten Umsatz im Körper hervorrufen".

Ist uns der Einfluß klimatischer Stationen bei den genannten Erkrankungen ebenso wie bei schweren Allgemeindermatosen, welche mit toxischem Eiweißzerfall infolge von Protoplasmagiften einhergehen, nicht ganz unverständlich, so sind die Zusammenhänge zwischen Dermatosen und Klimatotherapie nicht immer so auf der Hand liegend, und es wird Aufgabe künftiger Beobachtung sein, auch hier kasuistisches Material beizubringen.

So hat v. Strümpell (1) auf die innere Zusammengehörigkeit mancher Fälle von Urtikaria, Ekzem einerseits, Asthma und gewisser Darmkrisen andererseits aufmerksam gemacht und Stäubli (1), welcher einen durch zwei Jahre jeder Therapie trotzenden Fall von universeller Urtikaria beschreibt, der zwei Tage nach der Ankunft der Patientin in St. Moritz vollständig zurückging, sieht das diesen Prozessen gemeinsame Moment in einer Eosinophilie des Blutes und der Schleimhautexsudate und mißt dem Höhenklima einen Effekt auf diese bei.

Wir möchten die nervöse Komponente nicht ganz übersehen, die ja der Deutung angioneurotischer Exantheme so große Schwierigkeiten bereitet, und wäre in dem Fall Stäublis auch daran zu denken, daß durch Angreifen an den Hautnerven und Herabsetzen der Überempfindlichkeit der Gefäße die Urtikaria zum Stillstande kam, wie ja überhaupt neurogene Dermatosen ein dankbares Objekt kurörtlicher Behandlung abgeben.

Meistens wird bekanntlich für das Auftreten von Urtikaria Resorption toxischer Substanzen vom Darme her beschuldigt, weshalb wir unser Hauptaugenmerk auf die Desinfektion des Darmes zu richten und Purgantia zu reichen pflegen. Nun habe ich einige Male die auffallende Erscheinung beobachtet, daß nach Marienbader Kreuzbrunnen nicht nur bestehende Urtikaria an In- und Extensität zunehmen, sondern geradezu eine rezidivierende Eruption hervorgerufen werden kann.

Ich möchte kurz den Fall einer 48jährigen Patientin erwähnen, welchen ich im Juli des zu Ende gegangenen Sommers zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Anamnese ist belanglos, nur möchte ich hervorheben, daß die Kranke vor 15 Jahren eine Total-

Digitized by Google

exstirpation durchgemacht hatte. Sie litt seit $1^1/_4$ Jahre an einer chronischen Urtikaria, die auch nach dem Genuß der bekannten Speisen auftrat und mit einer bestehenden Obstipation in Zusammenhang gebracht wurde. Gebrauch der alkalisch-salinischen Quelle rief bei der Patientin, die sich durch viele Wochen in einem Latenzstadium befunden hatte, einen heftigen, akuten Ausbruch hervor, der nach Aussetzen des Brunnens auf Menthol innerlich rasch zurückging. Diese nicht vereinzelte Beobachtung wurde mir von kollegialer Seite bestätigt (Dr. Grimm-Marienbad) und darauf hingewiesen, daß der Harn in solchen Fällen alkalisch reagieren soll und durch Darreichung von Salzsäure der Ausbruch der Nesseln hintangehalten werden könnte.

Ähnliches habe ich mehrmals bei akuten und subakuten Ekzemen erfahren, indem ohne sonstige oder bei im übrigen unveränderter lokaler Therapie auf Kreuzbrunnen Exazerbationen oder Rezidive in Erscheinung traten, ebenso wie zum Nässen tendierende Ekzeme ihre vorherige Resistenz gegen die lokale Behandlung erst nach Sistieren der Trinkkur aufgaben. Es handelt sich hier um nicht ganz seltene Ausnahmen der vielfältig erprobten Wirkung der Glaubersalzwässer bei Toxikodermien, für welche ich eine sichere Erklärung zu geben nicht in der Lage bin.

Mit Rücksicht jedoch auf die wichtige Rolle, welche nach den für die gesamte Pathologie so bedeutsamen Forschungen über die Wirkungen des Kalkes dieser auch für die Haut spielt und die aus der Schule von H. H. Meyer (4) festgestellte Tatsache, daß sich exsudative Exantheme experimentell an kalkarmen Tieren leicht, an kalkreichen dagegen schwer oder gar nicht hervorrufen lassen, liegt die Vermutung nahe, ob nicht hier die Ursache aufzudecken wäre.

Weiterhin führt Overton (5) an, daß kalkfällende Substanzen, wie Natriumsulfat, dem Darm zugeführt, neben starkem Flüssigkeitserguß eine reichliche Kalkausfuhr zur Folge haben. Durch Kalkausfuhr könne die Kittsubstanz tierischer Gewebszellen gelockert, die Permeabilität der Gefäße erhöht, durch Kalkanreicherung die Kittsubstanz wieder gefestigt, die Durchlässigkeit der Gefäße vermindert werden.

Die Glaubersalzwässer, deren Anionen mit Kalk schwer lösliche Verbindungen geben und das Zellprotoplasma des Kalkes berauben, worauf Cushny (6) hingewiesen hat, bewirken nun eine Verarmung des Organismus an Kalk. Deshalb erheischt auch die Durchführung einer merkuriellen Behandlung bei gleichzeitiger Trinkkur mit diesen Wässern erhöhte Vorsicht. Die Summation der kalkentziehenden Wirkung dieser und der Hg-Salze dürfte die Ursache für die nicht selten schon nach der ersten Injektion eines unlöslichen Hg-Salzes zur Beobachtung kommenden, oft mit profusen blutigen Diarrhöen einhergehenden Enteritiden abgeben.

Es muß weiteren auf diesen Punkt hin gerichteten systematischen Studien vorbehalten bleiben, die Wirkungsweise der in umgekehrter Richtung wirksamen erdigen Quellen, auch in Hinblick auf ihren die Chemotaxis steigernden Gehalt an Kalziumionen, bei Dermatosen festzustellen. Einige beachtenswerte Resultate, welche ich in Übereinstimmung mit Bettmann (7) von der internen Kalktherapie ebenso wie von der Marienbader Rudolfsquelle gesehen habe, lassen dieses Vorhaben nicht ganz aussichtslos erscheinen.

Es war mir nicht möglich, alles anzudeuten, was Kurorte für die Besserung und Heilung von Hautleiden zu leisten vermögen. So habe ich die für sich allein einer Bearbeitung würdige Bedeutung der Moorbäder für bestimmte Erkrankungen der Haut ganz übergangen. Es war mir vor allem darum zu tun, die wohl von jedem Praktiker gemachte Erfahrung, daß Hautkranke, welche der häuslichen Behandlung durch lange Zeit Widerstand geleistet hatten, aus Kurorten mitunter gebessert oder geheilt zurückkehren, unter Hinweis auf einige noch weiterer Erschließung harrende Heilfaktoren ins rechte Licht zu rücken. Gegenüber der Tatsache, daß so dem ist, muß m. E. der

Digitized by Google

häufige Mangel an Erkenntnis, wie dieser Effekt zustande kommt, in den Hintergrund treten. Aber auch dort, wo wir unter teilweisem Abgehen von dem der Dermatotherapie eigenen konservativen Standpunkt nicht sogleich den vollen Erfolg für uns haben, dürfen wir uns nicht irremachen lassen, der Balneodermatotherapie neue Wirkungskreise zu erschließen. Dabei möchten wir das Alte, Bewährte keinesfalls aufgeben. Nur weiter bauen wollen wir unter Verwertung der theoretischen Forschungsergebnisse an der, dank den Lehren der Wiener Schule, für alle Zeiten fest begründeten Therapie der Dermatosen. Vorurteilsloser Versuch, objektive Beobachtung, nüchterne Kritik werden gewiß noch manchen wertvollen Baustein herbeischaffen und der balneotherapeutischen Dermatologie den ihr gebührenden Platz sichern.

Literatur.

1. Zit. bei Stäubli, Carl, Zeitschr. f. Balneotherapie, Klimatologie und Kurorthygiene, III. Jahrg. — 2. Zit. bei Glax, Lehrb. f. Balneotherapie. — 3. Glax, Lehrb. f. Balneotherapie. — 4. Meyer, H. H., Münch. med. Wochenschr., 1910, Nr. 44. — 5. Overton, E. P., Pflügers Archiv, 1904, Bd. 105, S. 279, zit. bei Chiari u. Janschke, Wien. klin. Wochenschr., 1910, Nr. 12. — 6. Zit. bei Meyer, Münch. med. Wochenschrift, 1910, Nr. 44. — 7. Bettmann, Münch. med. Wochenschr., 1905, Nr. 25.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 27. Januar (9. Februar) 1913.

Originalbericht von Arthur Jordan.

1. Dr. Wjewiorowski demonstrierte zwei Kranke mit **Paraffininfiltration der Haut,** welche Hautkrankheiten simulierten.

Es handelte sich um zwei Gefreite, von denen der eine auf dem linken Knie, der andere auf dem linken Unterschenkel eine Reihe von Höckern aufwies, welche das eine Mal an einen tuberkulösen Prozeß der Haut, das andere Mal an eine gummöse Affektion erinnerten. Die histologische Untersuchung eines Höckers ergab Vorhandensein von Hohlräumen mit reichlicher Ansammlung rundlicher und spindelförmiger Zellen in der Umgebung, wie kleinzelliger Infiltration in der Tiefe des Koriums und Fetttröpfchenvorkommen zwischen den Zellen.

Diskussion. Meschtscherski sah einmal eine Dame mit einer Geschwulst auf der einen Wange, welche von unregelmäßiger Form war und auch an Tuberkulose erinnerte, die gleichfalls auf eine schlecht ausgeführte Paraffininjektion zur Verdeckung einer Narbe zurückzuführen war. Bogrow erinnert an die Infiltrate nach Injektion von Hg salicylicum, aufgelöst in Ol. paraffini, welche auf denselben Grund zurückzuführen sind, und rät daher, nach Neissers Vorschlag, das Paraffinöl bei Hg zu verwerfen.

2. Dr. Feldmann stellte einen Fall von **multipler Neurofibromatosis** vor. Der betreffende 21jährige Mann ist das einzige am Leben gebliebene Kind unter neun Geschwistern von den dem Alkoholmißbrauch ergebenen Eltern. Die in der Zahl von 250 über den ganzen Körper verbreiteten, auch sogar auf den Handflächen vorkommenden, weichen, teils pigmentierten, teils nicht pigmentierten Geschwülste von Haselnuß-bis Taubeneigröße sind angeboren. Außerdem findet sich noch auf dem linken Oberschenkel ein Nävus.

Digitized by Google

Der Kranke ist geistig zurückgeblieben, leidet an einem Aortenfehler und zeigt stellenweise auf dem Rücken Störungen hinsichtlich der Schmerzempfindlichkeit und des Temperatursinns und hat positiven Wassermann. Histologisch handelt es sich um Erscheinungen teils von Fibroma durum, teils von Fibroma molle mit beginnendem Übergang in Sarkom. Die Therapie war erfolglos.

Diskussion. Bogrow hat in einem ähnlichen Fall Frfolge von Thiosinamininjektion gesehen und rät bei dem positiven Wassermann dieses Falles zu einer spezifischen Behandlung, welche jedenfalls zu versuchen wäre.

Krassnoglosow findet, daß der Fall dem in der Gesellschaft vor Jahren von Dr. Kracht vorgestellten Fall ähnelt, bei dem sich freilich nicht so viele Fibrome fanden; er rät gleichfalls zu einer spezifischen Behandlung, da außer dem positiven Wassermann sich noch eine für Lues hereditaria suspekte Aortitis findet.

3. Dr. Wjewiorowski sprach an der Hand einer Moulage, wie mikroskopischer Präparate und von Kulturen über einen von ihm beobachteten **Fall von Sporotrichosis.** Der Sitz der Erkrankung war anfangs auf der rechten Wange, ging später auf die linke Wange über, erinnerte an ein tuberkulöses Syphilid, wie an Tuberkulose und gab zu jahrelanger falscher Diagnose Anlaß, bis endlich von Wjewiorowski Hefepilze und ihre Sporen gefunden wurden und die entsprechenden Kulturen gewonnen werden konnten. Nun wurde von Wjewiorowski eine Behandlung mit großen Jodkaliumdosen eingeleitet, unter der die Knötchen sich völlig zurückgebildet haben. Leider konnte der Fall nicht demonstriert werden, da er vor drei Tagen an einem Erysipel erkrankt war.

Fachzeitschriften.

Proceedings of the Royal Society of Medicine.

Dermatological Section.

Sitzung vom 17. Oktober 1912.

Drei Fälle von „Darier-Roussyschem subkutanem Sarkoid" (oder subkutanem Tuberkulid) von H. G. Adamson. Die Kranken, eine 45jährige Frau und zwei Mädchen im Alter von 10 resp. 12 Jahren, zeigten die charakteristischen Läsionen in ziemlich präziser Art. Adamson ist von der tuberkulösen Ätiologie des Leidens nicht überzeugt, obwohl die Injektion von Tuberkulin bei dem ersten Fall eine deutliche Reaktion auslöste.

Fall von Pagetscher Krankheit der Mamma, von H. Davis.

Fälle von hereditärer Alopezie, von H. Davis. Es werden eine 26jährige Frau und ihr 2jähriges Kind, beide bis auf geringe Reste der Haare vollständig kahlköpfig, vorgestellt. Beide waren mit normalem Haarwuchs geboren und waren etwa im vierten Lebensmonat kahl geworden.

Primärsyphilid der Unterlippe bei einer 26jährigen Frau, von S. E. Dore.

Zwei Fälle zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little.

Fall von Oedema neonatorum, von E. G. G. Little. Redner verweist auf die differentialdiagnostischen Momente, welche Radcliffe Crocker für dies Leiden gegenüber dem Sklerum präzisiert hat, und rubriziert den vorgestellten, etwas zweifelhaften Fall bei einem Kinde von 6 Wochen als Ödem.

Digitized by Google

Der Lebenskreislauf des Syphilisorganismus unter Vorführung von mikroskopischen Präparaten, von J. E. R. Mc Donagh. Nach Mc Donagh ist die Spirochaeta pallida in ihrer bekannten Gestalt nicht die Ursache der Syphilis, sondern nur das (männliche) Endstadium eines Protozoons, das verschiedene Lebensphasen aufweist. Als Infektionsträger werden kleine Körnchen, Sporozoiten, beschrieben, welche Eigenbewegung besitzen und sich in Zellen, z. B. in große einkernige Leukozyten, einnisten, wo sie auf Kosten des Zellprotoplasmas weiter wachsen. Einige Sporozoiten entwickeln sich ohne Teilung weiter bis zur Entstehung von Spirochäten, die männlichen Organismen. In anderen Fällen sieht man nach einiger Zeit eine Teilung des Sporozoiten sich vollziehen, worauf sich die eine Hälfte zu männlichen, die andere Hälfte (welche aus der Zelle nunmehr auswandert) zu weiblichen Gebilden sich entwickelt. Bei der Entstehung der männlichen Organismen sieht man den Trophozoiten sich allmählich zu einem unregelmäßig geformten Knäuel umgestalten, der nach Aufzehrung des Protoplasmas zu mehreren geraden oder leicht gewellten Stäbchen zerfällt. Letztere wachsen schnell zu typischen Spirochäten aus. Die weiblichen Organismen zeigen zur Zeit des Extrazellulärwerdens eine kugelige Gestalt, in welcher 4—6 birnförmige Körperchen hervortreten. Diese legen sich im weiteren Verlauf zu einer Kugelform zusammen und spalten sich nach Berührung mit dem männlichen Organismus vierteilig zu Sporoblasten. Jeder Sporoblast teilt sich mehrfach und bildet somit Sporozoiten, welche schließlich durch Bersten der Zelle, der befruchteten Makrogamete, zum Auswandern gelangen.

Multipler Lupus vulgaris im Anschluß an Masern bei einem 5jährigen Mädchen, von J. M. H. MacLeod.

Fall von Nekrose der Endphalangen der linken Hand, von J. H. Sequeira. Bei dem 70jährigen Manne haben die Endglieder der Finger links und eine Zehe der rechten Seite seit etwa $1^1/_2$ Jahren nekrotische Vorgänge dargeboten, welche an Raynaudsche Krankheit erinnern, nur daß sie nicht symmetrisch lokalisiert sind und leidliche Neigung zum Heilen zeigen.

Fall von Lichen planus der Handteller, von J. H. Sequeira. Die Affektion machte beim ersten Anblick den Eindruck von Cheiropompholyx. Bemerkenswert war auch die erhebliche Beteiligung der Mundschleimhaut.

Zwei Fälle zur Illustration des Zusammenhangs zwischen Herzkrankheiten und Dermatosen, von D. Wolsh. Es handelte sich um eine 36jährige Frau mit chronischem Ekzem und eine mit ausgesprochenem Myxödem behaftete Frau. Beide zeigen ausgesprochene Abnormitäten von seiten des Herzens. Sie werden als Beispiele aus einer größeren Reihe von Beobachtungen vorgestellt zum Beweise eines Zusammenhangs zwischen Dermatosen und Herzleiden.

Sitzung vom 21. November 1912.

Fall von Akne urticata (neurotische Exkoriationen — Einzeltypus), von H. G. Adamson. Die 44jährige Patientin weist am Hals und in der Unterkiefergegend viele Narben auf als Folgen von Kratzen bei der eminent irritierenden Affektion.

Weitere Untersuchungen über Trichomykosis flava rubra et nigra der Achselgegend, von A. Castellani. Bei früherer Gelegenheit hat Verfasser schon über eine Abnormität der Achselhaare berichtet, die sich in tropischen Gegenden (Colombo) bei einzelnen Personen, Einheimischen wie Europäern, findet und als mehr oder weniger unansehnliche, dicke, weiche, gelbe, rote oder schwarze Auflagerungen erscheint. Die Affektion verschwindet ziemlich prompt wieder nach Klimawechsel oder auch unter Behandlung mit Formalinspiritus und Schwefelsalbe. In ätiologischer Beziehung kommt

Digitized by Google

ein Pilz, Nocardia tenuis in Betracht. Dieser für sich allein erzeugt die gelbe Form und durch Symbiose mit chromogenen Kokken die roten und die schwarzen Abarten. Verfasser schildert die kulturellen Verhältnisse und die differentiellen Merkmale gegenüber anderen parasitären Haaraffektionen.

Bemerkungen über Kopra-Skabies, von A. Castellani. In dem Staub, welcher sich bei der Bearbeitung von Kokosnüssen entwickelt, hat Castellani eine Milbe entdeckt, welche auf der menschlichen Haut krätzeartige Erscheinungen hervorruft. Die Milbe dringt aber nicht in die Epidermis ein, und die Affektion heilt auch ohne besondere Behandlung, wenn das schädliche Agens vermieden wird.

Bericht über die die Kopra-Skabies erzeugende Milbe, von S. Hirst. Nach Hirsts Untersuchungen handelt es sich hierbei um eine Abart des sehr verbreiteten Tyroglyphus longior, der in Europa vielfach auf Nahrungsmitteln (z. B. Käse) angetroffen wird.

Bemerkungen über die Ätiologie von einigen tropischen Dermatomykosen (Tinea cruris, Tinea flava et nigra, Tinea imbricata), von A. Castellani. Als Materia peccans bei Tinea imbricata hat Castellani zwei Pilzarten isoliert, welche den Achorionarten verwandt zu sein scheinen, und die er als Endodermophyton concentricum und Endodermophyton indicum bezeichnet. Der Artikel enthält des weiteren zahlreiche bemerkenswerte kulturelle Einzelheiten, welche im Referate sich nicht wiedergeben lassen.

Zwei Fälle zum Diagnostizieren, von S. E. Dore.

Fall von universeller fleckiger Pigmentierung am Rumpfe und an den Extremitäten, von J. M. H. MacLeod (für W. T. Freeman). Die erst 12jährige Patientin ist früher wegen Psoriasis mit mäßigen Gaben von Arsenik ohne Nachteil behandelt worden und hat vor kurzem noch unter der Diagnose Anämie wieder Arsenik erhalten, während sie zurzeit im fünften Monat gravida (!) ist und wohl an Chloasmata uterina leidet.

Fall von (?) Dermatitis herpetiformis, von A. M. H. Gray.

Fall von Erythema multiforme mit ungewöhnlichen Erscheinungen, von E. G. G. Little. Der Fall ist früher als Dermatitis herpetiformis diagnostiziert worden.

Fall von epitheliomatösem Tumor am Fuße, von E. G. G. Little. Die Läsion hat Ähnlichkeit mit Ulcus rodens, aber die Biopsie ergab einen charakteristischen epitheliomatösen Befund.

Fall von sogenannter „Crockerscher Akne agminata", von H. Mac Cormac. Die mikroskopische Untersuchung der Läsionen ergab Riesenzellen, epitheloide Zellen und andere Strukturen tuberkulöser Art, doch fehlen noch der Nachweis von Tuberkelbazillen und die Bestätigung durch das Tierexperiment zur Sicherung der Diagnose.

Fall von ausgedehntem infektiösem Angiom (Hutchinson), von M. Morris und S. E. Dore. Die 24jährige, gesund aussehende Patientin leidet seit ihrem zweiten Lebensjahre an der Affektion, welche jetzt den ganzen rechten Arm und beide unteren Extremitäten mehr oder weniger vollständig ergriffen hat.

Fall zur Demonstration des weiteren Verlaufs bei Alopecia areata, von J. H. Sequeira. An Stelle der vor zwei Jahren bei dem 10jährigen Mädchen bestehenden Alopecia totalis der Kopfhaut und Augenbrauengegend ist unter Behandlung mit tonisierenden Mitteln und mit Oleum myristicae (1: Oleum olivarum 4) ein reichlicher Haarwuchs aufgetreten.

Fall zum Diagnostizieren, von A. W. Williams.

Digitized by Google

Eine Diskussion über Erythema multiforme, eingeleitet von H. G. Adamson. In seiner kritischen Darlegung der vorherrschenden Auffassung von dem Wesen des Leidens führt Redner im wesentlichen folgendes aus: das Hebrasche Erythema multiforme exsudativum besitzt sehr charakteristische und konstante Eigentümlichkeiten; in der Regel bildet dasselbe keine ernstere Krankheit, obwohl gelegentlich schwerere Störungen und sogar der Tod, namentlich in Verbindung mit Nephritis, eintreten können. Zum akuten fieberhaften Rheumatismus hat es keine Beziehungen, und es muß auch wohl vom Erythema nodosum abgetrennt werden. Ebenso ist es vom Lupus erythematosus zu unterscheiden. Nachahmungen der Affektion sieht man bei den im Anschluß an die bekannten toxischen und infektiösen Erkrankungen entstehenden erythematösen Ausschlägen. Es ist als wahrscheinlich zu bezeichnen, daß das Erythema multiforme, die sogenannte Purpura rheumatica und die Henochsche Purpura alle nur Abarten einer und derselben Krankheit darstellen. Ob die Affektion toxämischer Art ist oder etwa durch Mikrobieninfektion bewirkt wird, läßt sich zurzeit noch nicht entscheiden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Sitzung vom 19. Dezember 1912.

Zwei Fälle von Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi) oder Aknekeloid, von H. G. Adamson. Die Affektion hat bei den beiden Patienten, Männer im Alter von 30 resp. 55 Jahren, schon 5 resp. 25 Jahre bestanden. Redner führt aus, daß die Bezeichnung Aknekeloid durchaus unzutreffend ist.

Fall von Sporotrichosis vom Typus des disseminierten, ulzerösen Gummas im Verein mit akuter Synovitis, von H. G. Adamson. Der Fall, eine 60jährige Frau, welche ihr ganzes Leben in London zugebracht hat, betreffend, war längere Zeit in spezialistischer Behandlung, bis durch den Nachweis des Sporotrichum unter Verwendung der von de Beurmann empfohlenen Technik die Diagnose mit Bestimmtheit gestellt werden konnte. Auf große Dosen Jodkalium, bis zu 10 und 11 Gramm im Tage, heilten die Hautläsionen; aber es stellten sich bei unregelmäßigem Fieber synoviale Schwellungen an verschiedenen Gelenken ein. Diese Gelenkaffektionen vergingen beim Aussetzen des Medikaments, kehrten aber wieder, sobald dasselbe wieder gegeben wurde. Zurzeit ist die Patientin bis auf ausgedehnte Pigmentierungen geheilt.

Eine angiokeratomatöse Familie, von J. J. Pringle. Es handelte sich um einen Vater und seine drei Söhne von 8 bis 17 Jahren mit typischen Läsionen, namentlich an den Händen.

Ulcus rodens in ungewöhnlicher Form, von J. H. Sequeira. Bei dem 44jähr. Manne hatte die sehr ausgedehnte, an der Wange und Oberlippe lokalisierte Affektion unleugbare Ähnlichkeit mit einer syphilitischen Läsion.

Fall von Onychogryphosis, von A. M. H. Gray.

Fall von Lähmung des VII. und VIII. Nerven nach Injektion von Neosalvarsan, von A. M. H. Gray. Patient hatte 0,9 Neosalvarsan erhalten und kam trotz ausdrücklicher Weisung nicht wieder zur Behandlung, bis sechs Wochen später sich die recht schweren Nervenläsionen bemerkbar machten.

Fall von Raynaudscher Krankheit, von H. C. Semon. Bei der 56jährigen Frau spielt vielleicht Syphilis eine ätiologische Rolle, da die Wassermann-Reaktion positiv ist. (Siehe auch Publikation in der Lancet.) Philippi-Bad Salzschlirf.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Januar 1913.

Betrachtungen über die Ursache des Ekzems, von James C. Johnston-New York. Nach Besprechung aller, im Bereiche der ätiologischen Möglichkeit liegenden

Digitized by Google

Faktoren (parasitärer Ursprung, Verdauungsstörungen, Ausscheidungsanomalien, nervöse Störungen, intermediärer Stoffwechsel, Anaphylaxis, mangelhafte Stickstoffzersetzung) kommt Johnston per exclusionem zu dem Ergebnisse, daß wahrscheinlich letztere eine gewisse Rolle spielt, da im Verlaufe von Ekzema Erscheinungen von Allergie und unvollständiger Desamidation sehr häufig festgestellt wurden. Vielleicht liegt diese mangelhafte Zersetzung in einer fehlerhaften Spaltung der Proteine, welche in der Darmwand oder im Blutstrom vor sich geht, bevor die Gewebe ihren Vorrat an aminosaurem Stickstoff sich wählen, also in Zuständen, welche gegenwärtig die Biochemie nicht nachweisen kann.

Der äußere Ursprung des Ekzems, speziell die Beschäftigungsekzeme, gestützt auf eine Studie von 4142 Fällen, von Frank Crozer Knowles-Philadelphia. Nach kurzer Einzelbeschreibung der außerordentlich zahlreichen Fälle von Gewerbeekzem ergaben sich für Knowles folgende Schlußfolgerungen. Ein Viertel aller Fälle von Ekzema sind sicher auf äußere Einflüsse und ein Sechstel derselben auf die Beschäftigung des Patienten zurückzuführen. Mikroorganismen sind schwerlich die direkte Ursache des Ekzems, sondern spielen wahrscheinlich nur eine sekundäre Rolle hierbei. Die größte Anzahl Fälle von sogenanntem Beschäftigungsekzem beobachtet man bei Arbeiten im Haushalt, wie Reinemachen, Waschen, Kochen, und dann zunächst an Häufigkeit bei gewöhnlichen Lohnarbeitern, wie Tagelöhnern, Ausgehern, Kutschern usw. Die der Reizung am meisten ausgesetzten Hautstellen sind bestimmend für den Ausbruch des Ekzems, aber dasselbe verbreitet sich nicht selten über die gereizten Stellen hinaus und tritt sogar an Stellen, die weit entfernt von den primären gelegen sind, auf. Der gewöhnlich beobachtete Typus der Eruption ist der vesikuläre oder squamöse. All die aufgezählten Arten von (Beschäftigungs-) Ekzem haben Wochen, Monate oder Jahre gedauert und zeigen eine ausgesprochene Neigung zu Rückfällen. Die Empfänglichkeit mancher Individuen für gewisse Reize ist schwer zu erklären, außer mit der Theorie einer reinen Idiosynkrasie, einer anaphylaktischen, den Reizzustand der Haut verursachenden Tendenz. Da Dermatitis und Ekzema äußeren Ursprungs das gleiche klinische und mikroskopische Biid zeigen, so sollten sie unter dem Begriff der Dermatitis zusammengefaßt werden.

In den umfangreichen Diskussionen, die sich an diese beiden Vorträge (auf der 36. Jahresversammlung amerikanischer Dermatologen, St. Louis, 23. bis 25. Mai 1912), anschloß, zeigte sich recht deutlich, wie verworren und noch höchst unklar der Krankheitsbegriff Ekzema ist.

Hartzell erklärt, er glaube nicht, daß irgend ein wirklicher Unterschied zwischen vielen Fällen von sogenanntem Ekzem und von chronischer Dermatitis bestehe. Immerhin möchte er aber die Möglichkeit nicht in Abrede stellen, daß es auch innere Ursachen für das Ekzem gebe, weil wir hier absolut äußere ausschließen können; aber welcher Art diese inneren Ursachen seien, vermögen weder andere noch er selbst gegenwärtig festzustellen.

Jackson pflegte in seinen Vorträgen vor den Studierenden den Grundsatz aufzustellen, daß Ekzema auf irgend einer unbekannten inneren Ursache plus einer äußeren Reizung beruhe. Die meisten der sogenannten Gewerbeekzeme seien Fälle von Dermatitis, viele Ekzeme aber rein inneren Ursprungs; Johnston erwähnt auch noch, er habe Fälle rein nervösen Ekzems, wie z. B. durch Schrecken ein wohl ausgeprägtes Ekzem entstanden sei, beobachtet.

Ravogli erklärte, er habe immer darauf bestanden, eine scharfe Linie zwischen Dermatitis und Ekzema zu ziehen. Erstere sei eine akute Affektion, und Ekzema beginne, wenn die Dermatitis aufhöre, akut zu sein. Bei Ekzem haben wir eine Infiltration oder

Digitized by Google

Exsudatbildung in Form von Papeln und Bläschen, mit Tendenz zu chemischem Verlauf, welche von akuter Dermatitis völlig verschieden sei. Ohne Zweifel bestehe in solchen Fällen irgend eine innere Störung, welche die Haut verändert und die Entwicklung dieser Eruptionen begünstigt.

Pollitzer glaubt, daß Ekzema auf äußere Reize entstehe und daß es ohne Mitwirkung von Bakterien kein wirkliches Ekzem gebe; dieselben träfen einen in irgend welcher Weise bereits vorbereiteten Boden an, und bei dieser Vorbereitung spielten wahrscheinlich gewisse innere Ursachen, speziell Störungen im Gefäßsystem, eine Rolle.

Grindon benennt mit Ekzem einen besonderen Typus von Hautentzündung, auf einer großen Menge verschiedener Ursachen beruhend und ganz analog dem Katarrh der Schleimhäute; neben äußeren Reizen seien sicher auch innere Ursachen, deren Natur uns vorläufig unbekannt sei, vorhanden.

Schalek dünkt es, als wäre die einmütige Ansicht der Versammlung, daß wir gar nichts über die Ätiologie des Ekzems wüßten und daß alles, was vorgebracht worden sei, großenteils Wahrscheinlichkeiten und Mutmaßungen seien. Die befallenen Individuen müssen wohl eine spezielle Empfindlichkeit der Haut haben, welche in vielen Fällen ohne Frage eine ererbte ist, da die gleichen Reize überall vorhanden sind und die Mehrzahl der Menschen denselben entgehen.

Alexander S. Wolf-St. Louis (als Gast anwesend) erklärt, gar nicht überrascht zn sein, daß er so viele divergierende Ansichten über die Natur dieses Hautleidens höre. Seiner Überzeugung nach ist in einer Anzahl von Fällen dasselbe ein Symptom irgend einer anderen Krankheit, wie z. B. Diabetes, während in anderen Fällen das Hautleiden auf äußere Reize zurückzuführen ist. Das Bemühen, eine scharfe Grenze zwischen Dermatitis und Ekzema zu ziehen, ist ein vergebliches vom histologischen und ein nutzloses vom therapeutischen Standpunkte aus. Um vom letzteren kurz zu sprechen, so kann der enorme Fortschritt nicht verkannt werden, der in der Behandlung des so hartnäckigen Kinderekzems, das auf fehlerhafter Ernährung beruht, durch die Finkelsteinsche Theorien der Kinderernährung gemacht worden sei. Übrigens stimmt Wolf mit Hartzells Auffassung von der besonderen Empfänglichkeit der Haut als wichtigen Faktor bei der Ätiologie des Ekzems überein. Stern-München.

Dermatologie.

Band 1, Januar 1913.

(Russisch.)

Das voll Spannung erwartete erste Heft des neuen russischen, unter der Redaktion des Privatdozenten W. Iwanow stehenden, in Petersburg herausgegebenen, monatlichen Journals für Haut- und venerische Krankheiten ist erschienen und enthält folgende, bereits zum Abschluß gekommenen Artikel:

I. Die Infektion der Kaninchen mit Blut von Syphilitikern, von Liebermann. Die Schlußfolgerungen lauten folgendermaßen: 1. Das Blut der Syphilitiker der ersten und zweiten Periode ist bei vorhandenen Erscheinungen infektiös. 2. Das Blut der Syphilitiker im latenten Stadium kann ansteckend sein, wofür als Beweis die Ansteckung durch das Blut einer im latenten Stadium befindlichen, gesunden Mutter eines syphilitischen Kindes dient. 3. Das Collessche Gesetz ist nicht richtig.

2. **Über die Diagnose der Syphilis mittels des Ultramikroskops,** von Perkel. Auf Grund von 235 an 173 Kranken vorgenommenen Untersuchungen über das Vorkommen von Spirochaeta pallida ist der Verfasser zu folgendem Endresultat gelangt: 1. Die

Digitized by Google

Diagnose der Syphilis ist dank dem Ultramikroskop bereits am ersten Tage des Auftretens eines primären Ulkus oder gar einer unbedeutenden Erosion spezifischen Charakters möglich. 2. Die frühe Erkenntnis der Syphilis zu einer Zeit, wo der Organismus noch nicht mit Spirochäten gesättigt ist, ermöglicht, besonders wenn die Wassermannsche Reaktion noch negativ ist, die Vornahme einer abortiven Behandlung mit günstigem Resultat. 3. Die Behandlung der syphilitischen Schanker mit antiseptischen Mitteln erschwert sehr oft, ja macht sogar die Diagnose mittels des Ultramikroskops unmöglich. Aus diesem Grunde konnten vom Verfasser Spirochaeta pallida nur in 84% aller Fälle von Syphilis I nachgewiesen werden. 4. Schon verheilte oder stark epithelisierte Schanker erschweren gleichfalls den Nachweis von Spirochaeta pallida, so daß die Untersuchung von syphilitischen Schankern der späteren Periode bei Vorhandensein von sekundären Erscheinungen nur in 53% ein positives Resultat ergab. 5. Bei einem makulösen oder papulösen Ausschlag der Haut läßt sich aber schwer die Spirochaeta pallida nachweisen. 6. Von großer praktischer Bedeutung ist die Untersuchung der in der Mundhöhle, am After und an den Geschlechtsteilen auftretenden Rezidive der sekundären Periode mit dem Ultramikroskop, denn sie fiel in allen Fällen positiv aus. 7. Von den Rezidivfällen mit positivem Befund von Spirochaeta pallida handelte es sich in 80% um solche in den ersten acht Monaten nach der Infektion und in 20% um solche zwischen neun Monaten und drei Jahren nach der Erkrankung. 8. Im tertiären Stadium ist es viel schwieriger, die Spirochaeta pallida nachzuweisen, und gelang es auch nur unter 4 Fällen einmal. 9. Bei nicht syphilitischen Erkrankungen wurde die Spirochaete pallida nie gefunden, so daß sie ein sicheres Zeichen vorhandener Syphilis bezeichnet. In einigen Fällen vermochte sogar eine energische Hg-Behandlung nicht die Spirochaeta pallida zum Schwinden zu bringen, während nach Salvarsan oder Neosalvarsan dieselben schon am folgenden Tage, in wenigen Fällen am dritten Tage schwand.

3. **Über die Kultur der syphilitischen Spirochäten,** von Prof. Slatogorow. Ein literarischer Überblick.

4. **Beobachtungen aus der Praxis: a) Ein exquisiter Fall von Fibroma cutis multiplex,** von Stojanowski. **b) Ein eigentümlicher Fall von Ekzem nach Behandlung der Syphilis mit Hg,** von Iwanow. Auftreten von Ekzem jedesmal nach Anwendung von Hg-Einreibungen, aber auch an einer bestimmten Körperstelle, die nicht der Einreibung unterworfen worden war, nämlich an den Ohren und über den Augenbrauen. Den Schluß des vielversprechenden ersten Heftes dieser neuen, schönen Zeitschrift, der Referent ein Glückauf zuruft, bilden ausführliche Referate.

Arthur Jordan-Moskau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

b. Benigne.

Zur Ätiologie des Molluscum contagiosum, von S. v. Prowazek-Hamburg. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1911, Bd. 15.) Im entsprechend behandelten Färbepräparat wurden neben spärlichen größeren, dunkelrot gefärbten Kokken die zuerst von Lippschütz beschriebenen Elementarkörperchen in ungeheurer Menge festgestellt. Auch im Nativpräparat konnten dieselben Gebilde gesehen werden. Ferner erwiesen sich auch Vitalfärbungen zum Nachweis der in Frage kommenden Gebilde als brauchbar. Die un-

Digitized by Google

geheuren in den Präparaten vorhandenen Mengen der Elementarkörperchen ermöglichten auch eine Reindarstellung derselben und die Feststellung ihrer Größe und ihres spezifischen Gewichtes. Bezüglich der übrigen theoretischen Ausführungen der Arbeit sei auf das Original verwiesen. Graetz-Hamburg.

Die Entstehung der traumatischen Epithelzysten, zugleich eine kritische Studie über die Atheromliteratur, von Friedrich Adolf Hesse-Greifswald. (Beitr. z. klin. Chir., 1912, Bd. 80.) Was Hesse in dem Titel seiner Abhandlung verspricht, hat er in einer ausführlichen Arbeit gehalten; das beigefügte Literaturverzeichnis umfaßt 458 Nummern. Das Referat einer so ausführlichen Arbeit kann natürlich nur ganz allgemein gehalten die wichtigsten Fragen streifen.

Unter traumatischen Epithelzysten versteht der Verfasser die kleinen, hanfkorn- bis höchstens in seltenen Fällen wallnußgroßen, rundlichen, derben Geschwülste, die meistens an der Vola manus und an den Fingerbeugeseiten, seltener an andern Körperstellen dicht unter der Haut, mit der sie meist locker verwachsen sind, sich vorfinden. Der Inhalt besteht meist aus einer breiigen, seltener aus einer öligen oder wäßrig-serösen Masse, in der man Epidermisschuppen, Hautdrüsensekret, eventuell Cholestearintäfelchen oder auch Reste überstandener Blutungen finden kann. So wenig Uneinigkeit über die Struktur dieser Gebilde uud die einzuschlagende Therapie bestanden hat, so groß war umgekehrt die Verschiedenheit der Ansichten über das Zustandekommen der Geschwülste. Zunächst versucht der Verfasser der großen Verwirrung, die in der Nomenklatur derselben herrscht, ein Ende zu machen, indem er vorschlägt, alle die in Betracht kommenden Geschwülstchen in drei Gruppen zu teilen: 1. Atherome, gleich Balggeschwülste, 2. Dermoide und Epidermoide und 3. traumatische Epithelzysten. Den Namen „Cholesteatom" wünscht der Verfasser aus der Literatur gänzlich ausgemerzt. In dem ersten, sehr ausführlichen Teile einer Arbeit bespricht der Verfasser die drei hauptsächlichsten Theorien über das Zustandekommen der Tumoren.

1. Das Entstehen der Geschwülste aus verlagerten embryonalen Keimen (Franke).

2. Das Zustandekommen durch Trauma, und zwar durch Hineinpressen von Epidermisstückchen in die Haut, nach Art der Kauffmannschen Enkatarrhaphie (Reverdin-Garrè).

3. Das Zustandekommen ebenfalls durch ein Trauma, durch Hineingelangen eines Fremdkörpers in das subepidermale Gewebe im Bereiche der Anhangsgebilde der Haut, und Epithelisierung von diesen ausgehend. (Pels-Leusden.)

Im zweiten Teile schildert Hesse die Erfolge seiner Experimente, die dazu dienen sollten, die von Pels-Leusden aufgestellte, in der Literatur wenig beachtete Theorie zu erhärten und weiter auszubauen, und kommt zu dem Schlusse, daß die Garrè-Reverdinsche Theorie sicher in vielen Fällen zu Recht bestehe, daß aber auch Pels-Leusden mit seiner Behauptung recht habe, daß die Epithelisierung oder Epidermisierung eines Hohlraumes unter der Epidermis ohne ihre Hilfe, allein durch die Anhangsgebilde derselben erfolgen kann. Nur dehnt Hesse die von Pels-Leusden aufgestellte Bedingung, daß die Hohlräume im Bereiche der Anhangsgebilde der Haut bestehen müßten und durch einen Fremdkörper eine Weile erhalten werden müßten, dahin aus, daß eine Verletzung der Anhangsgebilde eine notwendige Bedingung für das Zustandekommen von Epithelisierungen unter der Haut sei, und zwar macht der Verfasser die Haarbälge und Talgdrüsen, einige Male auch von unten angerissene Papillenspitzen der Epidermis für die Epithelisierung verantwortlich, während er eine solche von den Schweißdrüsen ausgehende nicht konstatieren konnte, ohne deswegen die Möglichkeit eines solchen Vorkommnisses mit Entschiedenheit leugnen zu wollen. Er betont zum Schluß, daß es nicht seine Absicht gewesen sei, die Garrèschen Anschauungen in den Hintergrund

Digitized by Google

zu drängen, sondern daß er durch seine Ausführungen und Experimente der Pels-Leusdenschen Auffassung die ihr gebührende Geltung verschaffen wollte.

Lasch-Breslau.

Epidermoide seltener Lokalisation, von Hermann Simon-Breslau. (Beitr. z. klin. Chir., 1912, Bd. 80.) Verfasser beschäftigt sich erst kurz mit der Unterscheidung von Teratomen, Dermoiden und Epidermoiden und gibt dann aus der Literatur gesammelt eine Anzahl von Krankengeschichten von Epidermoiden, die im Gegensatze zu ihrer gewöhnlichen Lokalisation an der Vola manus an anderen Körperstellen lokalisiert waren. Im Anschluß daran veröffentlicht er eine eigene Bestrahlung, bei der das Epidermoid an der linken Gesäßbacke saß und 12 Jahre bestanden hatte, ohne dem Patienten Beschwerden zu machen, bis zirka 3 Wochen vor der Aufnahme des Patienten ins Krankenhaus sich große „Eitermengen" zu entleeren begannen. In bezug auf die Therapie und die histologischen Befunde und die differenzialdiagnostischen Momente muß auf das Original verwiesen werden. Lasch-Breslau.

Ein peritheliomartiger Tumor der Glutäalgegend, von R. Bayer-Bonn. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 120, Heft 1—2.) Bei einem 18jährigen Manne fand sich auf der Höhe der rechten Gesäßbacke, unter der Haut gelegen, eine kleinapfelgroße, flache Geschwulst, auf der Unterlage verschieblich, auf Druck nicht empfindlich, von ungleichmäßigem, höckerigen Bau. Auf der Höhe der Geschwulst war eine stecknadelkopfgroße Fistel, aus der sich auf Druck etwas seröses Exsudat entleerte. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde auf ein Dermoid mit ungewöhnlicher Lokalisation gestellt. Nach operativer Ausschälung stellte die Tumormasse sich dar als von blaßroter Farbe und fleischiger Konsistenz mit einem zentralen Hohlraum, in dem weder Haare noch Atherombrei enthalten war; die histologische Untersuchung ergab die Struktur eines Perithelioms, das seine Entstehung von den Blutgefäßen des Unterhautzellgewebes nahm.

Schourp-Danzig.

Beitrag zur Kenntnis der Elefantiasis allgemein-infektiösen Ursprungs; ihre moderne Behandlung, von Charles Pigassou. (Thèse de Toulouse, 1912.)

Fritz Loeb-München.

Disseminiertes Xanthom mit sekundären Keloiden, von Legendre, E. Joltrain u. Lévy-Franckel. (Bull. méd., 1912, Nr. 92.) Eine 43jährige Frau leidet seit ca. 10 Jahren an schubweise auftretenden Xanthomen; wenn diese eine Zeitlang bestanden haben, treten an ihre Stelle schmerzhafte Keloide. Diese entwickeln sich oft im Zentrum des noch bestehenden Xanthoms. Die verschiedensten Behandlungsmethoden waren ohne Erfolg. Das interessanteste Phänomen war, daß das Blutserum stets, unabhängig von der Nahrung, einen milchartigen Charakter hatte. Die Untersuchung ergab, daß in ihm das Fett, Lipoide und Cholestearin vermehrt waren. Die Fettausscheidung in den Fäzes war vermindert. Richard Frühwald-Leipzig.

Xanthelasma der Augenlider, welches durch subkutane Proliferation zu einem tumorartigen bilateralen Xanthom der vorderen Temporalgegend führte, von van Lint und Steinhaus. (Policlinique, 1912, Nr. 21.) Bei einer 50 Jahre alten Frau trat vor 5 Jahren eine Bildung von Xanthelasma an den Lidern beider Augen auf, welche allmählich die Lider vollständig bedeckten. Es traten dann langsam bis auf Taubeneigröße anwachsende harte, fibromartige Tumoren an den Schläfen hinzu. Bei der Exstirpation derselben stellte sich heraus, daß sie durch subkutane gelbe Verbindungsstränge mit dem Augenlidxanthelasma in Verbindung standen. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Knoten fand sich, daß sie zum großen Teile aus Fibromgewebe mit kollagenen Fasern bestanden, welche ziemlich regelmäßig angeordnet waren und deren Zellen ein voluminöses mit Tropfen einer lipoiden Substanz vollgepfropftes Protoplasma und einen ovalen

Digitized by Google

Kern enthielten. An einigen Stellen des Tumors waren die Zellanhäufungen sehr groß, während die Fasern ganz zurücktraten. Hier wuchsen diese mit lipoider Substanz gefüllten Zellen zu enormer Größe an. Denselben Charakter zeigte die Struktur der Xanthelasmen der Augenlider. Der Verfasser nimmt an, daß es sich nicht um eine lipoide Infiltration, sondern um eine wahre Neubildung handelt. Und zwar gehen die Xanthomzellen aus den fixen Bindegewebszellen hervor. Die Proliferation letzterer war durch den Nachweis zahlreicher Mitosen offenkundig. A. Gunsett-Straßburg.

c. Pigmentanomalien.

Über einige nicht normale Fälle von Addisonscher Krankheit, von Georges I. B. M. Fabre (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Über den Mongolenfleck, von Martial Testard. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Regressive Ernährungsstörungen.

Zur Therapie der Hämorrhoiden, von H. Schlesinger-Frankfurt a. M. (Nov. Medica., Nr. 3, 1912.) Empfehlung von Anusolsuppositorien neben der bekannten Diät. W. Chrzelitzer-Posen.

Über variköse Phlebitis und ihre chirurgische Behandlung, von Ulysse Alzieu. (Thèse de Montpellier, 1912.) Fritz Loeb-München.

Über einen Fall von Sklerodermie mit kutanen und subkutanen Kalkablagerungen, von Ludwig Ehrmann. (Diss., Straßburg 1912.) Fall 1. 42 Jahre altes Fräulein. Vor 18 Monaten Muschelvergiftung unter den Symptomen eines brennenden Hautausschlages, dabei Eruption von Bläschen, die sich öffneten und zu einer Kruste eintrocknend im Verlauf von 5 Tagen abheilten. Schon vor 10 Jahren Finger beim Temperaturwechsel weiß, dann blau und gefühllos. Beim Einstechen von Nadeln floß kein Blut aus. Vor 3 Jahren wurde eine Stelle am Ellenbogen rot und schmerzhaft; dieselbe öffnete sich dann und ließ weiße, kreideartige Massen austreten. Im Frühjahr 1911 wurden unter gleichen Erscheinungen ähnliche Kreidemassen aus einer Fingerspitze abgestoßen. Im Verlauf der letzten Jahre wurde die Handschuhnummer um eine halbe Nummer größer. Bewegungsbehinderung in den Fingern, Gefühl von Kribbeln und heftige, brennende und bohrende Schmerzen, wenn die Hände kalt werden. Stirnhaut marmoriert, indem bräunliche runde und streifige Pigmentfleckchen innerhalb weißer Bezirke sichtbar werden, dazwischen einzelne kleine Venensternchen. Haut über dem Nasenrücken und am Kieferwinkel bis zum Kehlkopf und bis unter das Manubrium sterni hinab steif und gedunsen. Steife Falten vom Kinn bis zum Kehlkopf beim Hintenüberlegen des Kopfes (Elastizitätsverlust). Am Hals ebenfalls deutliche fleckweise und streifige Pigmentierung innerhalb weißer (atrophischer) Stellen. Haut der unteren Halsgegend chagrinartig, netzartig gezeichnet; es springen gelblich-bräunliche Stellen etwas erhaben über weißlich-bläuliche Stränge hervor. Die ganze Halshaut läßt sich kaum zu Querfalten erheben. In der Gegend der linken Bursa olecrani Haut noch entzündlich infiltriert und gerötet und schuppt etwas. Hier sitzen kleine Bläschen, aus denen beim Drücken eine wasserhelle Flüssigkeit austritt. Haut der Unterarme sehr steif, deutlich infiltriert. Farbe bläulich, einzelne weiße atrophische Stellen zwischen den bläulichen Partien. Haut über den Fingern allenthalben sehr derb und verschieblich. Patientin kann die Finger nicht zur Faust ballen. Keine Spur von taktiler Anästhesie; Gewichtssinn, stereometrische Empfindung, Temperatursinn ganz normal, keine Thermohypästhesie. Alle Sinnesfunktionen normal wie der Hautsinn. Röntgenphotographie der rechten Hand zeigte Veränderung an dem Zeige- und Mittelfinger. An jenem zeigt sich die Endphalanx

Digitized by Google

in ihrem distalen Ende unregelmäßig verdickt und aufgeblättert. Hier liegen einige deutliche Konkremente in unregelmäßiger Anordnung zerstreut und reichen bis dicht unter die Oberfläche. Am Mittelfinger ein dichter hirsekorngroßer Schatten an der Radialseite des distalen Interphalangealgelenkes. Ein zweiter, nicht überall gleich dichter und weniger zirkumskripter, unregelmäßig begrenzter Schatten liegt auf der gleichen Fingerseite und erstreckt sich vom ersten Interphalangealgelenk bis zur Mitte der zweiten Phalanx. Die anderen Finger, ebenso wie die linke Hand zeigen nichts von solchen Gebilden. Hingegen liegt am linken Ellenbogen über dem Olekranon ein 2 cm in der Länge, 0,5 cm in der Breite messender Schatten; derselbe ist aus einzelnen Schattenpunkten zusammengesetzt, welche in ihrer Dichte wechseln, am distalen Ende aber annähernd so dicht sind wie der Schatten eines kompakten Knochens.

Fall 2. 24 Jahre altes Fräulein. Seit 3—4 Jahren, besonders im Winter, leidet die Patientin an Schmerzen und Kältegefühl in den Händen, die ganz blau werden. Beim Nachlassen des Blauseins wurden die Hände früher marmorweiß. Hände stark gerötet, bleiben aber nach dem Betasten noch lange weiß; ihre Haut ist deutlich verdickt, sehr herb und nicht faltbar. Röntgenaufnahme zeigt geringen, etwa stecknadelkopfgroßen Schatten an beiden Daumen. Es handelt sich ohne Zweifel um kleine, subkutan gelegene, schattengebende Konkremente, aus Kochsalzen zusammengesetzt. Es werden noch die Krankengeschichten von drei weiteren Fällen kurz mitgeteilt, in denen sich keine Kalkablagerungen nachweisen ließen. Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis der Sklerodermie beim Kinde, von A. Alfès. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-Müncheu.

Über diffuse Sklerose von Haut und Muskeln mit Kalkablagerung, von Oehme-Göttingen. (Dtsch. Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. 106, H. 3/4.) Der mitgeteilte Fall ist eine Sklerodermie, bei dem das Bindegewebe von Haut und Muskeln von der Sklerose befallen ist. Die degenerative Veränderung der kollagenen Bindesubstanz hat sekundär zu Kalksalzniederschlägen geführt. Der sklerotische Prozeß braucht durchaus nicht nur die Haut zu befallen, sondern kann sich auf Muskeln und innere Organe erstrecken (Herz, Lunge, Leber usw.). Ein Jahr vor der Aufnahme war der 28jährige Kranke an 2 Ödemen im Gesicht erkrankt. Bei der Aufnahme waren sämtliche Muskeln atrophisch. In der Nähe des Kniegelenkes fanden sich die Kalkeinlagerungen dicht unter der Haut. Oe. fand noch 8 Fälle ähnlicher Art in der Literatur, fünf davon mit Sklerodermie, zwei weitere mit an Sklerodermie lebhaft erinnernden Symptomen.
Werther-Dresden.

Beitrag zur Kenntnis des Kraurosis vulvae, von Georges Guay. (Diss., Montpellier 1912, Nr. 65.) Fritz Loeb-München.

Über essentielle Dactylomegalie, von H. S. David. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Über die Ursachen des Haarausfalles, von M. Lagarde. (Thèse de Montpellier, 1912.) Fritz Loeb-München.

Die Behandlung der Alopezien, von A. F. Plicque. (Bull. méd., 1912, Nr. 84.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. Richard Frühwald-Leipzig.

Malum perforans buccale, von Léon Béal. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus bei einem $1^3/_4$jährigen Kinde und einer scheinbaren Zwitterbildung bei seinem $^1/_4$jährigen Schwesterchen, von Durlacher-Ettlingen. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 45.) Verfasser beschreibt

Digitized by Google

einen Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus externus. Das Kind von $1^3/_4$ Jahren, dss als Mädchen zu ihm wegen einer Ellenbogenverletzung kam, fiel durch seine tiefe Stimme auf. Untersuchung der Genitalien ergab äußerlich femininen Habitus, aber derartig wie bei einem geschlechtsreifen Individuum entwickelt, mit Behaarung der scheinbaren großen Schamlippen. Kurzer Penis mit Hypospadie. Die Hoden waren noch nicht tiefgetreten, so daß eine ganz zweifellose Geschlechtsbestimmung noch nicht möglich ist. Das $^1/_4$ Jahr alte Schwesterchen zeigt derartig entwickelte Geschlechtsorgane, wie die eines 15jährigen geschlechtsreifen Mädchens.

O. Junghanns-Dresden.

Sexus anceps oder Hermaphroditismus, von Fritz Kermauner. (Frkft. Ztschr. f. Pathol., 11. Bd., H. 3.) Die Frage der geschlechtlichen Differenzierung ist heute noch vollkommen unklar, daher ist auch bezüglich des sog. Hermaphroditismus eine Entscheidung noch nicht möglich. Dennoch ist der Verfasser dafür, die Namen Hermaphroditismus und Pseudohermaphroditismus fallen zu lassen und an ihre Stelle „Sexus anceps" zu setzen. Ist das Geschlecht genau zu bestimmen, so ist der entsprechende Ausdruck (Pseudandrie usw.) dafür zu setzen, im umgekehrten Falle muß man androform oder gynoform beifügen. Aus den Ausführungen des Verfassers ergibt sich, daß die Bestimmung des Geschlechts auf Grund einer Probeexzision aus den Keimdrüsen schwieriger ist und unmöglich wird, wenn sich keine richtigen Keimzellen nachweisen lassen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die männlichen Geschlechtsdrüsen bei Geisteskranken, von C. Todde (Pathologica, Bd. III, Nr. 68.) Bei den verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten haben die Hoden — selbstverständlich im Verhältnis zum Alter des Kranken — meistens ein geringeres Volumen und Gewicht als durchschnittlich bei normalen, oder infolge sonstiger, selbst chronischer und erschöpfender Krankheiten gestorbenen Individuen.

Diese Verminderung ist besonders ausgeprägt bei paralytischen Formen, bei Dementia praecox, alkoholischen Psychosen, epileptischen Psychosen und ganz besonders bei Idiotie und Imbezillität, wo die Geschlechtsdrüsen meistens ein abnorm kleines Volumen aufweisen.

Die samenbildende Funktion ist in solchen Fällen meistens mehr oder minder beeinträchtigt, und zwar am meisten bei progressiver Paralyse, Dementia praecox, epileptischer und alkoholischer Psychose, sekundärer Demenz.

Bei Idiotie und Imbezillität ist fast stets die Spermatogenesis unterdrückt; diese Unterdrückung ist von bedeutenden Veränderungen der Elemente, welche den eigentlichen drüsigen Teil des männlichen Geschlechtsorgans bilden, und von Modifizierungen des interstitiellen Bindegewebes und der Wandungen der Blutgefäße und der Samenkanälchen begleitet.

K. Rühl-Turin.

Die Innervierung der männlichen Geschlechtsorgane, von Müller und Dahl. (Dtsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 107, H. 2 und 3.) Auf 40 Druckseiten stellen die Verfasser die physiologische Innervierung der männlichen Geschlechtsorgane dar, nachdem eine genaue Anatomie dieses komplizierten Gebietes vorausgeschickt ist.

Aus dem oberen Lumbalmark leiten sich die Fasern des Plexus hypogastricus, aus dem untersten Sakralmark die Nervi errigentes ab. Beide Systeme innervieren den Geschlechtsapparat. Für die Erektion, Ejakulation und Vasokonstriktion müssen spinale Zentren angenommen werden.

Die Erektion ist nicht direkt willkürlich auslösbar. Sie kann ausgelöst werden:

1. durch sinnliche Eindrücke (Olfaktorius, Optikus, Akutikus, Berührungsnerven oder ohne äußere Einwirkung vom Großhirn aus) über das spinale Erektionszentrum im untersten Sakralmark.

Digitized by Google

2. rein reflektorisch. Durch sensible Reizung der Glans. Der eingeschlagene Reflexbogen ist: Genitalkörperchen, Nervus dorsalis penis, Nervus pudendus communis, viertes Sakralspinalganglion, spinales Erektionszentrum im Sakralmark, Nervi erigentes, Plexus cavernosus mit seinen Ganglienzellen, Nervi cavernosi.

3. Reizung der Harnröhrenschleimhaut. (Z. B. Priapismus bei akuter Blennorrhöe.) Für manche Masturbanten ist Urethra reflexogene Zone.

4. Füllungsgrad der Harnblase und vielleicht der Samenblasen unter Einfluß der Bettwärme.

5. Rückenmarksaffektionen (bez. Quetschungen, Erectio membri bei Erhängten).

6. ohne bekannte Ursache: Vielleicht reizt die innere Sekretion der Geschlechtsdrüsen das spinale Erektionszentrum im Sakralmark und die Ganglienzellen im Plexus prostaticus und Plexus cavernosus.

7. Erektion ohne Innervation der Nervi erigentes durch Nachlaß des Tonus der Konstriktorfasern, welche im Nervus dorsalis penis laufen.

Die Ejakulation läuft in den Bahnen folgenden Reflexbogens ab: Von den sensiblen Endkörperchen in der Glans penis, durch den Nervus dorsalis penis und Nervus pudendus communis, Spinalganglien der unteren Sakralwurzeln und durch die Cauda equina zum Rückenmark. Hier ist das Ejakulationszentrum im oberen Lumbalmark. Durch Summation der von der Glans penis herkommenden sensiblen Reize kommt es mit einem Male zur gleichzeitigen Kontraktion der glatten Muskulatur aller inneren Geschlechtsorgane und zum gemeinsamen Erguß ihrer Produkte. Nun setzt ein rein spinaler Reflex ein: die quergestreifte Muskulatur des Constriktor urethrae, des Bulbo- und Ischiocavernosus kontrahiert sich stoßweise und führt so zugleich zur eigentlichen Ejakulation. Demnach scheint das Zentrum für die quergestreifte Ejakulationsmuskulatur mit dem spinalen Zentrum für die glatte Muskulatur der Ductus deferentes, der Verisulae seminales und der Prostata gekuppelt zu sein.

Bei den nächtlichen Pollutionen, wo die sensiblen Reize fehlen, scheinen gewisse Hemmungen wegzufallen, die im Wachen vorhanden sind. Vielleicht löst ein gewisser Füllungszustand der Samenblasen und der Prostata im Schlaf automatisch den Ausstoßungsreflex aus und passen sich diesem Vorgang dann die begleitenden Träume an.

Der Orgasmus setzt mit der peristaltischen Kontraktion der glatten Muskulatur der inneren Geschlechtsorgane ein. Der Beginn des Orgasmus geht der Ausschleuderung des Samens aus den Urethralwegen um wenige Momente voraus. Diese Kontraktion der glatten Muskulatur ist das auslösende Moment und die Ursache des Orgasmus. Mit dem Auftreten des Orgasmus springt die Erregung auf das vegetative Nervensystem über (Erweiterung der Pupillen, Beschleunigung der Herzaktion, Schweißausbruch). Durch spinalen Reflex werden konvulsivische Streckungen der unteren Extremitäten dabei ausgelöst.

Im Prinzip entspricht die Innervierung der Geschlechtsdrüsen genau der Innervation bei Tränen- oder Speichelsekretion oder bei Exkretion des Schweißes. (Erregung eines sensiblen Nerven, Überspringen des Reizes im Rückenmark von der sensiblen Bahn auf die spinalen Ganglienzellen, von hier durch die Rami communicantes zu den Ganglienzellengruppen des vegetativen Systems.) Dem entspricht auch die antagonistische Innervation der Geschlechtsdrüsen vom oberen Lendenmark und vom unteren Sakralmark. Es besteht außer dem Gegensatz zwischen dem kranialen autonomen System und den vegetativen Zentren im Brustmark, noch eine Gegensätzlichkeit zwischen den vegetativen Zentren im Lumbalmark und dem sakralen autonomen System. Läßt

Digitized by Google

der Tonus im lumbalen Teil des Rückenmarks nach, so steigt er im sakralen Abschnitt und damit im Erektionszentrum.

Das pharmakologische Verhalten der geschlechtlichen Innervation ist noch nicht festgestellt.

Die innere Sekretion der männlichen Geschlechtsdrüsen wirkt auf den Körper (Entwicklung der Genitalien, der sekundären Geschlechtscharaktere, Behaarung) und auf die Psyche ein. Da Libido und Potentia coëundi oft bei im geschlechtsreifen Alter Kastrierten noch vorhanden sind, ist dadurch bewiesen, daß die Sekretion libidogener Stoffe auch der Prostata und den Samenblasen zukommt. Die Verfasser streifen die Schilddrüsensekretion im Sinne einer Steigerung der Geschlechtslust und der Hypophysensekretion im Sinne einer Hemmung des Eintrittes der Pubertät und Ausbildung des Genitalapparates.

Bezüglich der zerebralen Innervation des Genitales bestreiten die Verfasser ein umschriebenes „Sexualzentrum" für Erektion und Ejakulation, weil alle Organe mit glatter Muskulatur im Hirn keine zentrale Vertretung haben. Das Großhirn dient auch in geschlechtlichen Dingen nicht vegetativen Funktionen, sondern wie überall lediglich der bewußten Wahrnehmung und der bewußten Handlung. Mit dem Willen allein kommt aber weder Erektion noch Ejakulation zustande, es sei denn, daß das Individuum sich mit Willen in geschlechtslust erregende Situationen bringt oder durch den gewollten reinen Reflex der Frictio membri. Auch die Geschlechtslust ist nicht auf eine bestimmte Stelle lokalisiert, sondern ist ein Produkt der Assoziationen, ergreift also das ganze Nervensystem. Zur Geschlechtslust gehört der Einfluß der inneren Sekretion der Geschlechtsdrüsen. Erst unter dem Einfluß der inneren Sekretion ist das Großhirn auf Grund von Assoziationen imstande, mit einer geschlechtslustigen Stimmung zu reagieren. Ferner gehört hierzu das Werbenmüssen die Rivalität und der Kampf und bei manchen Individuen der Schmerz.

Die psychische Impotenz erklärt sich so, daß die Sorge, die Geschlechtskraft könne versagen, tatsächlich die zum Zustandekommen der Erektion notwendige Geschlechtslust nicht aufkommen läßt. V. Caesar-Dresden.

1. Experimente über den Ausbreitungsmodus der Tuberkulose in Harn- und männlichen Geschlechtsorganen.

2. Zur Frage der aszendierenden Urogenitaltuberkulose beim Weibe.

3. Nachtrag zu meiner Abhandlung „über den Infektionsmodus der Tuberkulose in den Harn- und männlichen Geschlechtsorganen", von Shichitaro Sugimura-Tokio. (Arb. aus dem pathol. Inst. zu Tübingen, Bd. 8, S. 1—46.) Eine Serie von drei zusammenhängenden Arbeiten bestehend 1. aus einer Hauptarbeit über die Ausbreitung der Tuberkulose in dem uropoetischen System beider Geschlechter und dem männlichen Genitalsystem; 2. einer Arbeit über die Ausbreitung der Tuberkulose im Genitalsystem des Weibes und 3. in einem längeren Nachtrag.

Die v. Baumgartenschen Theorien, daß die Ausbreitung der Tuberkulose des Urogenitalsystems immer mit dem Strome, aber niemals unter normalen Verhältnissen aszendierend erfolge, hatte mehrfachen Widerspruch gefunden und den Verfasser auf Anraten von v. Baumgarten veranlaßt, durch weitere Versuchsreihen den Beweis der Richtigkeit derselben zu erbringen, die auch von Bauereisen im wesentlichen schon gegenüber Sawamura, Walker, Wildbolz und anderen bestätigt worden waren. In dem Hauptteil der Arbeit sucht nun der Verfasser zu beweisen, daß von einer natürlichen (resp. einer künstlich durch Impfung erzeugten) tuberkulös erkrankten Blasenschleimhaut auch bei bestehenden Ulzerationen keine Sekretinfektion der Ureteren und

Digitized by Google

des Nierenbeckens stattfindet (höchstens in seltenen Fällen auf lymphogenem Wege), auch wenn infolge gelungener Impfung sich sonst verstreute Tuberkuloseherde im Organismus eventuell auch in der Rindensubstanz der Niere vorfinden.

In seinen eigenen Schlußfolgerungen spricht sich der Verfasser resümierend dahin aus, daß die Resultate seiner Untersuchungsreihen (siehe Original) die v. Baumgartensche Lehre über die Ausbreitungsweise der Tuberkulose sowohl im uropoetischen als im männlichen Genitalsystem bestätigten. Ebenso glaubt der Verfasser bewiesen zu haben, das die Wildbolzschen Anschauungen zu weitgehend seien und daß die lymphogene Tuberkelausbreitung kaum irgend eine Bedeutung habe, und daß endlich die Tuberkelbazillen bei genügender Virulenz auch durch die gesunde und unverletzte Epitheldecke in die Schleimhaut der Harnorgane gelangen können, ohne daß zu ihrer Ansiedlung eine Epithelverletzung immer unerläßliche Vorbedingung sei.

Im zweiten Teile „zur Frage der aszendierenden Urogenitaltuberkulose beim Weibe", nimmt der Verfasser Stellung gegen die Versuche von Jung, Engelhorn u. a., die im Gegensatze zu v. Baumgarten neben der deszendierenden auch eine aszendierende Infektionsmöglichkeit beweisen wollten. Es würde viel zu weit führen, dem Verfasser in der Kritik, die er an den Kakao-Butter-Karminversuchen übt, um deren mangelnde Beweiskraft klarzulegen, zu folgen.

In seinem Nachtrag bringt der Verfasser neben einer Vervollständigung des Literaturverzeichnisses durch Arbeiten, zu deren Kenntnis er erst in der Zwischenzeit gelangt ist, eine kritische Besprechung dieser Arbeiten, besonders derjenigen von Sangiorgi, Cholzoff und Kuhn, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.

Bedauerlich ist, was auch Sugimura am Schlusse seiner Arbeit betont, daß die Begriffe „aszendierend" und „deszendierend" nicht scharf auseinander gehalten, zum Teil sogar verwechselt worden sind, was natürlich das Hineinarbeiten in die einzelnen Abhandlungen über dieses Gebiet sehr erschwert. Lasch-Breslau.

Über die Inkontinenz der Harnwege bei Tuberkulose, von A. Chichmaniau. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis der chirurgischen Behandlung der Genitaltuberkulose, die bilaterale Vaso-Epididymektomie, von René Lambron. (Thèse de Paris, 1911.) Fritz Loeb-München.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Abgabe von Radiumpräparaten aus öffentlichen Stationen zur Behandlung privater Kranker, von E. Schiff-Wien. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 5.) In Paris hat seit längerer Zeit eine in Besitz von relativ großen Mengen von Radium befindliche Gesellschaft die Einrichtung getroffen, daß Radiumträger gegen Leihgebühr an Ärzte und auch Laien verliehen werden, und eine ähnliche Einrichtung ist im k. k. allgemeinen Krankenhaus in Wien geplant. Verfasser warnt dringend gegen dieses Vorgehen, weil die Gefahren, welche mit dem Radium und seinen Derivaten verbunden sind, durchaus noch nicht in allen Stücken bis auf den Grund erforscht sind, geschweige denn von einem nicht spezialistisch gründlich unterrichteten Arzte vollständig gewürdigt werden. Vorläufig sollte die Radiumbehandlung unbedingt den Spezialinstituten bei gründlich wissenschaftlicher Leitung reserviert werden, wenn auch Präparate zu Trink- und Badezwecke immerhin abgegeben werden können. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Die Hautkrankheiten der Araber, von U. Gabbi-Rom und P. Sabella-Rom. (Rivista ospedal., 1912, Nr. 20.) Die Verfasser, die der Kommission für Tropenkrankheitenforschungen in Lybien angehören, haben Untersuchungen über die unter den Arabern verbreiteten Hautkrankheiten ausgeführt.

100 Fälle von Hautkrankheiten waren folgendermaßen eingeteilt:

a) Dermatosen der heißen Länder: Pian (Framboesia 4, Pyosis tropia 7, Ulcus tropicum 5, Lichen tropicus 3, Granuloma ulceratum pudendorum 2, Ulcus infantum 1, Tinea alba 1, Tinea nigra circinata 1 Fall.

b) parasitäre Hautkrankheiten:

I. durch tierische Parasiten bedingt: Scabies 22, Ekzema impetiginosum e pediculosi 3 Fälle;

II. durch pflanzliche Parasiten erzeugt: Tinea favosa 8, Tinea trichophytica 1, Tinea alba 1, Erythrasma 1, Herpes circinatus 2, Ekzema marginatum 4 Fälle.

c) Hautläsionen septischen Ursprungs: Pustulosis disseminata 2, Ecthyma septicum 1, Rupia septica 2, verschiedenartige Hautulzerationen 4, Furunkulose 2, septische traumatische Wunden 2 Fälle.

d) Lues und tuberkulöse Haut: Hautsyphilide 2, Hauttuberkulose 1,, ulzeröse Tuberkulose 2, verruköse Tuberkulose 1, nodulo-ulzerierender Lupus 1, Tuberkulose 1, Lichen scrophulosorum 1 Fall.

e) Entzündliche Dermatosen und verschiedenartige Krankheiten: Einfaches Ekzem des Gesichts 1, Psoriasis 1, Prurigo 4, Lichen 2, Pellagra (?) 1, Dishidrosis 1, Leukodermie 1, Recklinghausensche Fibromatosis 1 Fall.

Als Hauptursache der Hautkrankheiten der Araber geben die Verfasser das völlige Fehlen von persönlicher Reinlichkeit an; auf nervösen Einflüssen oder auf Stoffwechselanomalien beruhende Dermatosen sind selten.

(Ich möchte hier bemerken, daß ich obige Tabelle wortgetreu übersetzt habe. Ref.)

K. Rühl-Turin.

Ein automatisch regulierender Miniaturscheinwerfer (2 Ampere-Fixpunktbogenlampe) für mikroskopische und makroskopische ärztliche Untersuchungen, von Max Wolff-Bromberg-Schröttersdorf. (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 52, 1912.) Der sehr kompendiös gebaute Miniaturscheinwerfer kostet 155 Mark und ist zu beziehen von G. Geiger-München, Mathildenstr. 12. H. Lautsch-Graudenz.

Verschiedenes.

Prof. Josef Englisch, gewesener Primararzt des Rudolfspitals in Wien, feierte das goldene Doktorjubiläum.

K. k. Sanitätsrat Dr. Guido de Probizer, Direktor des Pellagrakrankenhauses in Rovereto (Südtirol), wurde zum korrespondierenden Mitgliede der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien gewählt.

Dr. Leopold Freund, Privatdozent für Röntgenologie an der Wiener Universität, ist zum Honorardozenten an der Technischen Hochschule in Wien ernannt worden.

Prof. Eduard Schiff-Wien ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

5. April 1913 | Nr. 14 | Band 56

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Wiener allgemeinen Poliklinik (Vorstand: Prof. Dr. G. Nobl).

Zur Kenntnis der kongenitalen Kutisdefekte.

Von

Dr. Richard Weintraub.

(Mit 3 Abbildungen.)

Aus den weitläufigen Gruppen der im Intrauterinleben erworbenen Läsionen der allgemeinen Decke haben bisher jene Alopezien der Kopfhaut die eingehendste Beachtung gefunden, welche auf kongenitale Störungen bezogen, bald als zirkumskripte Aplasie der Kutis und Subkutis, bald als kongenitaler Hautdefekt am Kopfe, gelegentlich auch als angeborene Kutisatrophie ausgewiesen erscheinen. Da diese Störungen beim Neugeborenen infolge ihrer Lokalisation und Beschaffenheit leicht als Effekt einer kriminellen Handlung — sei es als intrauterine Verletzung bei einem Fruchtabtreibungsversuch, sei es durch absichtlich zugefügtes Trauma entstanden — imponieren konnte, haben sie das Interesse der Ärzte vornehmlich in forensischer Beziehung früh auf sich gezogen. Minder betont erscheint das Vorkommen anderer zugehöriger Läsionsformen im Bereiche unbehaarter Körperstellen, die sich gleichfalls als Defekte in der Kontinuität der Deckschichten präsentieren, aber meist nicht auf ihren Ursprung verfolgt werden. Die Untersuchung einiger Repräsentanten der angeführten Arten gab mir den Anlaß zunächst an der Hand der literarischen Notizen der Pathologie der Erscheinung nachzugehen, um für die Beurteilung der eigenen Beobachtungen Vergleichungsmöglichkeiten zu gewinnen.

Die ersten Fälle dieser Art wurden im Jahre 1826 von Campbell (1) beschrieben. Der eine betraf ein Kind, welches am Scheitel ein tiefes, progredientes Geschwür aufwies, das nach 18 Tagen durch Arrosion des Sinus longitudinaelis den Tod des Kindes zur Folge hatte. Im zweiten Falle zeigte ein von derselben Mutter drei Jahre später geborenes Kind an der gleichen Stelle ein Geschwür, welches jedoch bereits nach wenigen Monaten epithelisiert war. 1835 veröffentlichte Abele (2) einen Fall eines ausgetragenen Kindes, das über dem linken Tuber frontale eine Hautwunde mit klaffenden Rändern aufwies. 1838 beschrieb Dieterich (3) den Fall eines ausgetragenen Kindes, das 3 granulierende Wunden über den beiden Stirnhöckern und der Hinterhauptschuppe trug und dessen rechter Arm frakturiert war. Die beiden letzten Ver-

Digitized by Google

fasser führen die Defekte auf vor der Geburt stattgehabte Traumen zurück. In einem 1860 von PRIESTLEY (4) publizierten Falle eines Neugeborenen fand sich über der kleinen Fontanelle eine Wunde, deren Boden durch das Perikranium gebildet wurde und die sich vom Rande her zu epithelisieren begann. Im Jahre 1882 berichtete H. v. HEBRA (5) von einem gut entwickelten Kinde, dessen Hautdefekte als zwei längliche Streifen zu beiden Seiten des Kopfes sich darstellten. Der eine, 0,5—1,2 cm breit und 6 cm lang zog von der linken Jochbeingegend bis zum Scheitelhöcker. Der zweite, ca. 4 cm lange Streifen lag in der rechten Temporalgegend, von einer 5 mm breiten Brücke normaler Haut unterbrochen. Die Ränder waren wallartig vorspringend, mit einer Depression auf den Defekt übergehend. Dieser bestand aus einer fluktuierenden, unbehaarten Geschwulst von rötlichgelber Farbe, die von einer dünnen Epithelschicht bedeckt war. Die histologische Untersuchung zeigte ein Fehlen der Haare und Papillen; die Epidermis war stark verdünnt, die einzelnen Zellelemente waren zu erkennen; darunter fanden sich verschieden geformte Spalträume. Das Bindegewebe war in der Entwicklung zurückgeblieben. Fett war keines vorhanden. Die dicken Gefäße gaben keine Zweige an die Papillen ab und zogen parallel der Oberfläche. Die Kutis entsprach also entwicklungsgeschichtlich dem 5. bis 6. Fötalmonat. Nach HEBRAS Ansicht handelte es sich hier um Entwicklungsstörung der Haut mit hauptsächlicher Beteiligung des Bindegewebes, fehlende Entwicklung des Papillarkörpers und der entsprechenden Verzweigungen des Kapillarnetzes. E. v. HOFMANN (6) berichtete im Jahre 1885 von drei Fällen: Im ersten Falle handelte es sich um einen viermonatlichen Fötus, der in der Gegend der großen Fontanelle einen rundlichen Defekt von 1 cm Durchmesser mit schmutziggelbem, feinhöckerigem Grund aufwies, der mit dem Periost verwachsen war. Im zweiten Falle zeigte ein nach der Geburt erwürgter Knabe am Scheitel einen 5 bis 6 mm großen, sehnig glänzenden, mit der Galea verwachsenen Defekt, der von einem 1 mm breiten, fleischroten Saum umgeben war. Der dritte Fall betraf ein ausgewachsenes Kind, das in Scheitelhöhe einen talergroßen Defekt aufwies. HOFMANN führt diese Defekte auf wieder gelöste Verwachsungen des Embryo mit dem Amnion oder bloß auf Druck desselben zurück.

SCHRADER (7) beschrieb im Jahre 1893 den Fall eines lebend geborenen Kindes, das links von der Pfeilnaht einen 7 cm langen, 1—2 cm breiten Defekt besaß, der mit einem hellroten Blutschorf bedeckt war. Der Schädelknochen war an dieser Stelle usuriert und mit der Galea verwachsen. Nach SCHRADERS Ansicht war die Ursache dieses Defekts ein während der Schwangerschaft geborstener Hydrocepholus externus. 1894 publizierte MATHES (8) zwei Fälle: einen 25 cm langen Fötus mit überzähligen Fingern und Zehen, der am Scheitel ein 6:8 mm großen Hautdefekt mit glänzendem, gegen die Unterlage nicht verschieblichem Grund aufwies. Ferner ein ausgetragenes Kind mit einem roten dreieckigen Hautdefekt vor der kleinen Fontanelle. Nach MATHES und AHLFELDS Auffassung dürfte die Ursache dieser granulierenden Defekte im Abreißen amniotischer Hohlstränge zu suchen sein.

1895 beschrieb E. DITTRICH (9) zwei Fälle. Der eine betraf einen Neugeborenen, der am Scheitel eine 20:17 mm große schwärzliche, haarlose Stelle zeigte, welche peripher in einen $^1/_2$—1 cm breiten Rahmen mit Flaumhaaren bedeckter Haut überging. Ringsum war normale Haut. Die Scheitelbeine klafften; unter dem Defekt lag kein Knochen. Die histologische Untersuchung zeigte die einzelnen Schichten gut ausgebildet. Im Zentrum lag jedoch eine Zone, die keinen Farbstoff aufnahm. Im zweiten Fall lag der 2,5:1,5 cm große Defekt in der Mitte der Pfeilnaht, umgeben von einem ca. 4 cm breiten blaßrosa Saum. Die Haut des übrigen Kopfes war normal. Auch von diesem Falle konnte DITTRICH eine histologische Untersuchung anstellen. Das

Digitized by Google

Rete Malpighii ging am Rand in eine eben noch als Epithellage zu deutende Zellage mit schlecht färbbaren Kernen über. In dieser Zone war keine Abgrenzung des Epithels gegen das Korium möglich. Haare, Papillen und Fettgewebe fehlten. Dittrich faßte diese Defekte als Entwicklungshemmungen auf, wofür seiner Ansicht nach auch das histologische Bild sprach, in welchem er die schlecht gefärbten Zonen als Degenerationsprodukte von Epithel- und Bindegewebszellen auffaßte.

1899 beobachtete Weindler (10) einen Fall bei einem 3 Wochen alten Kind, welches in der Gegend der kleinen Fontanelle einen zehnpfenniggroßen kartenherzförmigen Defekt mit granulierendem Grund und glatten Rändern zeigte. Die Fruchtwassermenge sollte auffallend gering gewesen sein. Weindler nahm als Ursache das Abreißen amniotischer Verwachsungen an.

Wohl der eingehendst beschriebene Fall ist der 1903 von H. Vörner (11) zum Ausweise gebrachte. Bei einem 4jährigen Knaben fanden sich rechts und links von der Pfeilnaht je ein 25 resp. 15 mm großer Plaque, welcher blaß und dünn, zigarettenpapierähnlich faltbar, unter dem Niveau der behaarten Kopfhaut lag, von der er sich scharf abgrenzte. Die Oberfläche war zentral glatt, seitlich gefeldert und zeigte keine Spur von Follikelmündungen. Histologisch stellt sich die kranke Stelle als Kegelstumpf dar, dessen Basis nach oben gewendet ist. Die Kutis ist an der Peripherie in ihren Elementen ziemlich normal; zentral fehlt jede Andeutung der Papillen. Das Rete Malpighii ist verdünnt. Die Basalschicht ist normal, die Stachelzellen liegen nur noch in drei Schichten und sind stark abgeplattet. Die Körnerschicht enthält nur noch eine einzige Lage sehr platter Zellen. Die Hornschicht ist normal. Unter dem Epithel findet sich eine 20—40 μ breite Zellage, welche kein elastisches Gewebe besitzt und sich gegen die darunter liegende, elastische Fasern tragende Kutis deutlich absetzt.

Die Blutgefäße gleichen denen der normalen Haut. Die epithelialen Einlagerungen, bindegewebigen Hüllen, Gefäßnetze um dieselben und glatte Muskelfasern fehlen. Die Gewebselemente bestanden hauptsächlich aus Bindegewebsbündel und elastischen Fasern. Die Bindegewebsvermehrung ist im Vergleich zum Normalen in der Subkutis noch eine weit größere als in der Pars reticularis.

In ätiologischer Hinsicht vertritt Vörner die Anschauung, daß das Fehlen von Narbengewebe und Degenerationszeichen die Entstehung des Defektes durch Abreißen amniotischer Bänder oder durch eine Entzündung ausschließe. Vielmehr beweise die histologische Untersuchung, daß es sich hier um eine Nichtanlage von Gewebselementen, um eine Aplasie handle, und vielleicht den geringsten Grad einer schrägen Gesichtsspalte vorstelle.

Im selben Jahre demonstrierte O. Bürger (12) einen Fall eines Neugeborenen, welcher am Kopf einen 9 cm langen, 4 mm breiten, mit Borken belegten, am Ende in eine strahlenförmige Narbe auslaufenden Defekt, der gegen die Unterlage frei verschieblich war, aufwies. Ähnliche Defekte zeigte das Kind an beiden Knien und am rechten Ellenbogen. Bürger hielt ebenso wie Haberda ein stattgehabtes Trauma für das auslösende Moment, da eine Zwillingsfrucht dieses Kindes als Foetus papyraceus zur Welt kam und nach dem Alter dieser Frucht die Zeit ihres Absterbens mit dem Trauma übereinstimmte, während Braun und Chrobak sich der Ansicht anschlossen, daß es sich hier um Simonartsche Bänder als Ursache gehandelt habe.

Im Jahre 1904 veröffentlichte v. Winckel (13) in seiner Monographie über die menschlichen Mißbildungen die Beschreibung eines Fötus, der neben einer Reihe zweifellos auf amniotische Verwachsungen zurückzuführender Defekte, wie eine doppelte Hasenscharte, Wolfsrachen und einen gespaltenen Daumen, in der Gegend der kleinen Fontanelle vier eiternde Defekte der Kopfschwarte aufwies. Ferner brachte er

Digitized by Google

auch noch die Abbildung eines Präparates, allerdings ohne nähere Beschreibung, das an derselben Stelle zwei große Defekte zeigte. Im Zusammenhange mit diesen zwei Fällen, gewissermaßen als höhere Stufe dieser Anomalien, zeigte der Autor einen Fall, wo außer mehreren hochgradigen Spaltbildungen des Gesichtes ein amniotischer Strang von der Gegend der kleinen Fontanelle zur fötalen Plazenta zog.

1909 beobachtete Raimund Keller (14) einen sechsmonatigen Fötus, der in der Mitte der Pfeilnaht einen 1 qcm großen, unter dem Niveau der normalen Haut liegenden Defekt aufwies. Derselbe war zentral blaurot gefärbt und hatte einen 1—2 mm breiten weißen Saum, am Rande setzte er sich scharf von der Umgebung ab. Rechts hinter diesem Defekt lag ein ähnlicher, 4 mm langer und 2 mm breiter deprimierter Defekt. Beide Stellen waren haarlos und frei gegen die Unterlage verschieblich. Die Umgebung war leicht mit Flaumhaaren bedeckt.

Die histologische Untersuchung zeigte im Bereiche der normalen Partien eine dem 6. Fötalmonat entsprechende Haut. In der Umgebung des Defektes lagen im Korium zahlreiche dilatierte Gefäße; die Epidermis verschwand allmählich. Die oberen Schichten des Defektes selbst wiesen einen Blutschorf mit Zelldetritus und Kernresten auf. Weiter gegen die Tiefe lag ein feinmaschiges Bindegewebe. Die Gefäße des Koriums waren stark dilatiert. Die Subkutis bestand aus einem dickfaserigen, grobwelligen Bindegewebe. Es war keine Andeutung von Fettzellen vorhanden. Auffallend an diesem Falle war, daß sich im Defekt selbst gut entwickelte Haare fanden, welche von einem kernlosen Maschenwerk umgeben in die Tiefe reichten, jedoch ließen sich nirgends Zellen der Wurzelscheiden und der Haarpapillen nachweisen. Elastische Fasern fehlten. In den obersten Schichten fanden sich viele grampositive Kokken.

In ätiologischer Hinsicht ließ Keller zwei Ansichten über das auslösende Moment dieser Affektion gelten: das Abreißen einer in einer späten Embryonalperiode entstandenen amniotischen Verwachsung mit nachträglicher Injektion der Wunde, oder eine Entstehung durch Druckusur innerhalb des Uterus. Ein von außen einwirkendes Trauma als Ursache lehnte Keller auf Grund der Analogie mit früher beschriebenen Fällen ab.

Im selben Jahre veröffentlichten Dubreuilh und Petges (15) eine Monographie über zirkumskripte kongenitale Alopezien, in welcher sich eine reichhaltige Literatur französischer Publikationen findet, von denen ich die ausführlicher beschriebenen zitieren möchte: drei Fälle, die von Bonnaire beobachtet wurden. 1. Ein $7^1/_2$ monatiger Fötus mit drei aplastischen Stellen der Schädelhaut, welche kahl und scharf begrenzt waren und einen gelatinösen Grund besaßen. Die histologische Untersuchung ergab ein dem dritten Embryonalmonat entsprechendes Gewebe, Hornschicht fehlte, Epidermis war nur in wenigen Lagen platter Zellen vorhanden. Im Defekt fand sich keine Bindegewebe, sondern nur Spindel- und Rundzellen in einer amorphen Masse eingebettet. Haare und Drüsen fehlten. Die Gefäße waren stärker ausgebildet als im normalen Gewebe.

2. Von Zwillingen einer syphilitischen Mutter wies der eine in der Mittellinie einen 2 : 1 cm großen, kleeblattförmigen haarlosen Defekt mit gelatinösem Grund und steilen Rändern auf. 3. Ein neugeborenes Kind besaß links von der Mittellinie einen zirka 20-Centimes-Stück großen, vertieften, mit einer graugelben Masse erfüllten Substanzverlust, der nach 3 Tagen vollständig vernarbte. Bonnaire führte diese Defekte auf Abreißen amniotischer Adhäsionen zurück. Rivière beschrieb bei einem Neugeborenen einen 50-Centimes-Stück großen, herzförmigen, bis zum Periost vertieften Defekt, der einen gelatinösen Grund besaß und vom Rande her vernarbte. Nach 4 Monaten war dieser Defekt in eine zarte, weiße, etwas vertiefte Plaque ohne Ausführungsgänge von Schweiß-

Digitized by Google

und Talgdrüsen umgewandelt. Nach Rivières Ansicht handelte es sich hier um eine Entwicklungshemmung im Bereiche der Vereinigungsstellen der beiden Blätter der Somatopleura.

Ferner führten Dubreuilh und Petges noch eine Reihe analoger, aber wenig ausführlich beschriebener Fälle von Budin, Boissard und Coudert, Macé, Fieux, Chambreleut, Hirigoyen und Audérodias an.

1910 demonstrierte D. Galatti (17) ein ausgetragenes Kind, das einen $2^1/_2$ cm großen dreieckigen Substanzverlust am Schädel aufwies, der bereits intrauterin digital tastbar war.

Im selben Jahre publizierte E. Kehrer (16) den Fall eines reifen Kindes, welches zwischen Tuber parietale und Pfeilnaht an symmetrischen Stellen tiefe, unregelmäßig begrenzte Substanzverluste aufwies, welche Periost und Knochen durchbohrten, so daß in ihrem Zentrum die Hirnhaut zutage trat. Daran schloß sich ein Ring, der mit Borken bedeckt war. Auf diesen folgte eine Zone rosafarbenen, haarlosen, narbigen Gewebes, von normaler Kopfhaut umgeben. Vor der großen Fontanelle lag ein kleinerer, oberflächlich gelegener Defekt.

1912 demonstrierte A. Deutsch (18) ein 4 Tage altes Kind, von normaler Größe und normalem Gewicht, dessen Plazenta und Eihäute nichts Abnormes aufwiesen. Rumpf, Nase, Hinterhaupt und Extremitäten wiesen narbenähnliche Hautdefekte auf. Ferner bestanden oberhalb der Symphyse eine trichterförmige Einziehung der Haut und eine Fistelöffnung 2 cm über der Analöffnung, Spaltbildungen im Bereiche der Oberlippe, Ohrmuschel und Hand.

Endlich publizierte E. Vogt (19) im Jahre 1913 drei Fälle von Neugeborenen. 1. Links von der Pfeilnaht besaß ein Kind eine 1 cm lange, weiße, scharf begrenzte, kahle Narbe. 2. Links vom Scheitelbein wies ein Neugeborener einen linsengroßen, scharf begrenzten, unter dem Niveau der Haut liegenden rötlichen Substanzverlust auf. 3. Ein Neugeborener mit zwei Substanzverlusten hinter der kleinen Fontanelle von Linsen- und 50-Pfennigstückgröße, der erste rund, der zweite fünfeckig, die ebenso wie der Defekt des vorhergehenden Falles den Aspekt einer frischen Narbe darboten.

Versuchen wir nun das von den Verfassern gebrachte Material nach verschiedenen Gesichtspunkten hin zu ordnen, so finden sich innerhalb gewisser Grenzen eine große Zahl gemeinsamer Merkmale.

Die meisten Fälle beziehen sich fast ausschließlich auf Hüllen des Integuments im Bereiche der Kopfhaut und verweisen auf eine nahezu mediane Lokalisation der Defekte. Nur im Falle Dieterichs lag die Affektion auf den Stirnhöckern und der Hinterhauptschuppe, im Falle Hebras an beiden Schläfen.

In bezug auf die Formation finden sich alle Übergänge vom progredienten Geschwür bis zur fertigen Narbe.

Von einem Geschwür sprachen Campbell (F. 1 und 2) und Winckel (F. 1). Abele beschrieb eine klaffende Wunde. Von einem Schorf waren die Defekte der Fälle Schraders, Kellers, Dittrichs (1, 2) und Kehrers bedeckt. Granulierende Wunden finden sich bei Hofmann (1), Mathes (2) und Weindler. Bonnaire (1, 2, 3) und Rivière beschrieben den Grund des Defektes von einer gelatinösen Masse ausge-

Digitized by Google

füllt. Im Falle Hebras handelte es sich um eine von Epithel bedeckte fluktuierende Geschwulst.

Fertige Narben finden sich in den Fällen von Hofmann (2), Mathes (1), Vörner, Bürger, Deutsch und Vogt.

In allen noch nicht vernarbten Defekten herrschte die Tendenz zur Heilung. Nur im ersten Falle Campbells handelte es sich um ein progredientes Geschwür, welches schließlich durch Arrosion des Sinus longitudinalis den Tod des Individuums zur Folge hatte.

Während bei den übrigen Fällen der Defekt sich nur auf die Haut und das Unterhautzellgewebe beschränkt, finden sich bei den Fällen Priestleys, Hofmanns (1, 2), Schraders, Rivières und Kehrers auch eine Mitbeteiligung der tieferen Komplexe, der Galea, des Periosts, auch des Knochens. Andere Bildungsanomalien kamen in mehreren Fällen neben den beschriebenen Hautdefekten vor: Der Fall Mathes wies Polydaktylie an Fingern und Zehen auf, die Fälle von Winckel (1, 3) und Deutsch Spaltbildungen des Gesichtes und anderer Körperregionen. Im Falle Dieterichs lag wahrscheinlich eine amniotische Abschnürung des Vorderarmes vor.

Nach den histologischen Befunden gruppieren sich die untersuchten Fälle um zwei Typen. Während sich die Fälle von Hebra, Vörner und Bonnaire (1) als Entwicklungshemmung verschiedener Epochen des embryonalen Lebens dokumentierten, weisen der Fall von Dittrich das Bild einer zentralen Nekrose, der Fall Vörners das des Gewebstodes und der Entzündung auf.

In ätiologischer Hinsicht hatten die Verfasser die verschiedensten Hypothesen aufgestellt. Abele und Dieterich machten für diese Defekte ein vorangegangenes Trauma verantwortlich. Auf amniotische Verwachsungen führten sie Hofmann, Weindler und Bonnaire zurück. Mathes nahm als Ursache das Abreißen amniotischer Hohlstränge an, Schrader das Bersten eines Hydrocephalus externus. Hebra, Dittrich und Vörner suchten den Grund in einer Entwicklungshemmung, letzterer faßte den Defekt als geringsten Grad einer schrägen Gesichtsspalte auf. Rivière vermutet eine Entwicklungshemmung im Bereiche der Vereinigungsstellen der beiden Blätter der Somatopleura. Keller läßt sowohl die Deutung des Defektes als Konsequenz einer amniotischen Verwachsung wie einer Druckusur bestehen.

An das bisher zum Ausweis gebrachte Material möchten wir zunächst vier weitere Fälle anreihen, deren sichere Zugehörigkeit aus dem typischen klinischen Bilde und zum Teil auch aus den Gewebsverhältnissen zu ermitteln war.

Digitized by Google

1. Fall. Bei einer $3^1/_2$jährigen Patientin, welche mit einer generalisierten Vakzine in poliklinischer Behandlung stand, finden sich am Scheitel zwei selbständige, durch eine mehrere Millimeter breite Brücke normaler Haut voneinander getrennte, pflaumenkern- resp. kirschengroße kahle Plaques von ovaler Form, die sich scharfkantig gegen die umgebende normale Kopfhaut abgrenzen und gegen die Unterlage verschieblich sind. (s. Abb. 1). Das Niveau der Defekte liegt peripheriewärts unter dem der normalen Haut, ziemlich tief gestellt, während es zentral durch eine knotenförmige Verdickung etwas höher zu liegen kommt. Im ganzen Bereiche der Aplasie ist die Haut dünn, zigarettenpapier ähnlich faltbar; die Oberfläche ist glatt, eben, ohne das den Papillen entsprechende wellenförmige Profil. Es finden sich keine den Mündungen der Talgdrüsen zugehörige Öffnungen. Die Farbe ist normal, ohne besondere Pigmentierung. Aus den anamnestischen Angaben der Pflegerin geht hervor, daß das Kind bei einer Hebamme geboren wurde, die Geburt spontan vor sich ging, und das Kind sofort nach der Geburt an den den Defekten entsprechenden Stellen blutende Wunden aufwies, welche binnen wenigen Tagen verheilten.

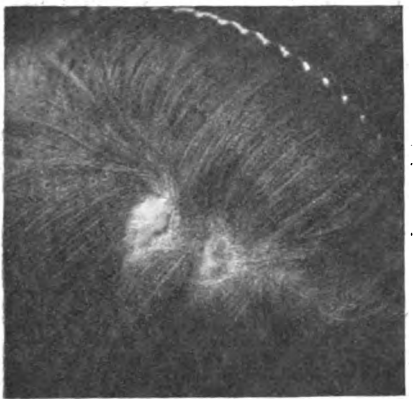


Fig. 1.

Fig. 2.

II. Fall. Bei einem 25jährigen jungen Manne findet sich in der Höhe der linken Kranznaht eine zirka pflaumenkerngroße, in der Mitte biskuitförmig eingeschnürte haarlose Stelle, welche unter dem Niveau der normalen Kopfhaut liegt. Die Haut dieser Stelle ist blaß, dünn, zigarettenpapier ähnlich faltbar und gegen die Unterlage verschieblich (s. Abb. 2). Aus den anamnestischen Daten geht hervor, daß er, spontan geboren, mit einer blutenden Stelle zur Welt kam, welche nach wenigen Tagen verheilte.

III. Fall. Bei einer 40jährigen Patientin findet sich in der Sternalgegend ein angeblich seit der Geburt unverändert bestehender kronenstückgroßer, runder, vertiefte Plaque, der sich stufenförmig gegen die normale Haut absetzt. Die Haut dieser Stelle ist zart und dünn, von zahlreichen kleinen Gefäßchen durchzogen und gegen die Unterlage verschieblich. Die Mündungen der Schweiß- und Talgdrüsen fehlen. Von dem oberen Rande des Defektes wurde ein Stück exzidiert und histologisch verarbeitet. Die Schnitte wurden mit Hämalaun-Eosin und Orzein gefärbt.

An der Stelle des Defektes ist das Hautepithel verdünnt und besitzt nur zirka ein Drittel der normalen Dicke. Es besteht aus platten, stark tingierten Zellen, welche jedoch keine weitere morphologische Differenzierung aufweisen. Papillen sind nicht aus-

Digitized by Google

gebildet, Haare, Schweiß- und Talgdrüsen fehlen. Das Korium ist ebenfalls verdünnt, besteht jedoch aus einem dichteren und stärker tingierten Gewebe als das der normalen Haut und es finden sich darin spärliche elastische Fasern.

IV. Fall. Ein 17jähriges Mädchen zeigt in Scheitelhöhe scharf an der Medianlinie eine hellerstückgroße, fast kreisrunde, violett durchschimmernde kahle Stelle. Die Kopfhaut wird hier durch eine papierdünne, fein faltbare, durch eine sulzige, polsterartig vorgewölbte subkutane Gewebsschicht in die Höhe der behaarten Umgebung gehoben. Die atrophische glatte, glänzende, kahle Stelle geht unmittelbar in die dichtbehaarte Nachbarschaft über. Nach Angabe der Mutter kam das Kind mit dem blutrot gefärbten nässenden Defekt zur Welt, der sich bald mit einem Schorf belegte, nach dessen Abfall eine zarte Lamelle die Stelle überdeckte.

Als übereinstimmende Merkmale dieser vier Beobachtungen machen sich geltend: die konstante Lokalisation der Defekte in oder nahe der Medianebene, ihre gegen die umliegende normale Haut vertiefte Stellung, das verdünnte atrophische Aussehen, der Mangel der Haare und der den Hautdrüsen entsprechenden Öffnungen; ferner der anamnestische Befund, nach welchem die Patienten entweder mit blutenden Wunden zur Welt kamen, oder die Defekte unverändert seit der Geburt bestanden. Der dritte Fall, der allein der histologischen Untersuchung zugänglich war, zeigte in struktureller Hinsicht das Fehlen von Papillen, sowie der epithelialen Anfangsgebilde und des Fettes. Untersuchen wir nun die Stellung der von uns beschriebenen Fälle zu den in der Literatur ausgewiesenen, so entsprechen die zwei ersten in ihrem klinischen Verhalten vollständig den von Mathes (1), Vörner, Deutsch und Vogt (1) beschriebenen Beobachtungen. Auch der dritte Fall ist — abgesehen von seiner Lokalisation — makroskopisch und histologisch den zitierten Fällen homolog.

Der Ätiologie dieser Defekte können wir eigentlich nur an der Hand des geweblich untersuchten Falles näher treten. Die ersten Verfasser, welche sich mit dieser Affektion befaßten, haben sie auf ein intrauterin zugefügtes Trauma zurückgeführt, und auch späterhin haben sich viele Vertreter dieser Ansicht gefunden. In diesem Falle muß man annehmen, daß die Wunde entweder die Folge einer durch die Bauchdecken einwirkenden Gewalt ist, oder eines in die Uterushöhle eingeführten Körpers — sei es zum Zwecke der kriminellen Fruchtabtreibung, sei es zur ärztlichen Exploration (Finger). Entsteht eine Verletzung in der letzten Zeit der Schwangerschaft, so ist der Prozeß entsprechend der Tiefe des Defektes der reguläre Heilungsvorgang einer Hautwunde. Entsteht die Verletzung jedoch in einer früheren Embryonalzeit, so wird die Wunde auch bei nur oberflächlicher Lokalisation, wie Haberda in der Diskussion des Bürgerschen Falles darlegte, mangels des Substrates, der Kutis, keine Heilungstendenz zeigen. Auf jeden Fall stellt den Effekt einer derartigen

Digitized by Google

Läsion entweder eine Narbe oder eine komplette Restitutio ad integrum dar. Infolgedessen ist bei den beschriebenen Fällen ein Trauma als Ursache auszuschließen, da dieselben weder klinisch noch mikroskopisch Anhaltspunkte ergeben, sie als Narbe aufzufassen. Dasselbe gilt auch für die Hypothese, die R. Keller für seinen Fall gelten läßt. Diese verlegt das auslösende Moment des unvollkommen ausgeglichenen Substanzverlustes in eine durch Druck erzeugten Usur des Intigumentes mit lokaler Nekrose und Demarkation des nekrotischen Herdes.

Die große Mehrzahl der Autoren jedoch ist der Ansicht, daß diese Veränderung in dem Symptomenkomplex der durch amniotische Verwachsungen bedingten Entwicklungsstörungen der Frucht einzubeziehen seien. Diese Hypothese wird durch die histologischen Befunde einer Reihe untersuchter Fälle gestützt, welche deutlich das Bild einer Hypoplasie der Kutis, eines Stehenbleibens auf einem gewissen Stadium der Entwicklung, erkennen ließen. Der Zeitpunkt der Verwachsung des Amnions mit der Frucht kann sehr variieren. Entsteht diese in einer frühen Epoche des embryonalen Lebens, durch eine fehlerhafte Keimanlage bedingt, so führt sie zu den bekannten schweren Formen pathologischer Mißbildungen. Tritt sie jedoch erst in späterer Zeit auf, wobei sie wahrscheinlich das Resultat entzündlicher Prozesse im Uterus darstellt, ruft sie nur geringfügige Anomalien sonst wohl ausgebildeter Früchte hervor.

Die amniotischen Adhäsionen können leicht aus irgend einem Grunde abreißen, wobei sie Epitheldefekte setzen, die entweder noch bei der Geburt bestehen oder intrauterin verheilen können. Daß auch bei genauer Untersuchung der Nachgeburt die Stränge nicht gefunden werden, spricht nicht gegen diese Theorie, da dieselben entweder resorbiert oder in die übrige Amnionfläche einbezogen sein konnten. Eine wesentliche Stütze dieser Hypothese bilden die Fälle, welche außer den angeführten Hautdefekten noch grobe, unstreitig durch Simonartsche Bänder verursachte Veränderungen darboten. Hierher gehören die Fälle von Dieterich, Mathes (1), Winckel, Deutsch. Winckel zeigte sogar einen Fötus, der einen vom Scheitel zur mütterlichen Plazenta ziehenden amniotischen Strang aufwies.

Die Entstehungszeit dieser späteren Adhäsionen auf entzündlicher Basis findet ihren Ausdruck in dem Aufbau der verschiedenen Gewebselemente und kennzeichnet so das Stadium, in dem die Entwicklung zum Stillstand gekommen ist. So setzt Bonnaire den dritten, Hebra den fünften Monat fest, während Keller für den von ihm publizierten Fall eine spätere Zeit in Anspruch nimmt, da sich in diesem Defekt bereits wohl ausgebildete Haare fanden.

Digitized by Google

Was unsere Beobachtungen betrifft, eo entsprechen diese in ihrer Lokalisation und klinischem Aspekt vollständig dem Typus der kongenitalen Aplasien oder richtiger Hypoplasien. Wir sehen die gegen die normale Umgebung verdünnte, atrophische Haut, die glatte Oberfläche, das Fehlen der Haare und der den Talg- und Schweißdrüsen entsprechenden Ausführungsgänge. Auch die histologische Untersuchung des dritten Falles stützt diese Auffassung; denn wir bemerken einen vollständigen Mangel der Papillen und keine Anlage von Haaren, Talg- oder Schweißdrüsen.

Für die Hypothese, daß es sich bei diesen Defekten um Entwicklungsstörungen im Bereiche der Vereinigungsstellen der beiden Blätter der Somatopleura handle, spricht, abgesehen von dem oben besprochenen hypoplastischen Habitus, die Lokalisation in oder nahe der Symmetralebene des Körpers.

Im Anschlusse an die gestreiften Beobachtungen wäre noch eines Befundes Erwähnung zu tun, der auf einen ähnlichen, in die embryonale Zeit zurück zu datierenden gestörten Entwicklungsvorgang zu beziehen sein dürfte.

Ein zweijähriges Kind wies drei Defekte der behaarten Kopfhaut auf. Der eine Defekt zirka 5 cm oberhalb des Haarwirbels gelegen, war 1 cm lang, $^1/_2$ cm breit und besaß eine sichelförmige Gestalt. Der zweite, 2 cm nach rechts vom Haarwirbel, hatte eine Länge von 2 cm, eine Breite von $^1/_2$ cm und unregelmäßig zackige Konturen, welche ihm ein strahlenförmiges Aussehen verliehen. Diese Defekte sind ringsum von steil abfallenden, stellenweise sogar unterminierten Rändern begrenzt. Sie liegen tief unter dem Niveau der normalen Haut, steigen von der Peripherie gegen das Zentrum etwas an, so daß der Boden des Defektes wie ein flacher Wulst unter den überhängenden Rändern zutage tritt. Der dritte und größte kahle Herd liegt über dem Tuber occipitale. Er hat eine unregelmäßige polygonale Gestalt, ist zirka $2^1/_2$ cm lang und $1^1/_2$ cm breit. Der Rand des Defektes, welcher nach oben hin durch einen überhängenden Wulst eine scharfe Abgrenzung gegen die normale Haut bildet, flacht sich nach unten zu immer mehr ab, so daß die kahle Hautpartie daselbst in sanftem Anstieg und nur ganz allmählich in die normale Kopfhaut übergeht. Die Haut des Defektes ist dünn, leicht faltbar, von bräunlichem Kolorit und gegen die Unterlage verschieblich. Sie ist haarlos und zeigt keine den Ausführungsgängen der Talg- oder Schweißdrüsen entsprechenden Mündungen (s. Abb. 3). Die histologischen Präparate, welche von dem über dem Tuber occipitale gelegenen Plaque angefertigt wurden, sind mit Hämalaun-Eosin, nach van Gieson, Weigert und Bielschowsky gefärbt worden. Die Hornschicht setzt sich in gleichmäßiger Dicke vom normalen auf das abnorme Gewebe über. Das Epithel weist die doppelte Dicke des Epithels der normalen Umgebung auf. Die Zellen der abnormen Partie sind größer und lockerer gefügt. Die Zahl der Stachelzellen ist vermehrt, die Körnerzellen liegen in vier- bis fünffacher Lage übereinander. Die Basalzellen sind hoch und dunkel tingiert. Die Papillen sind unregelmäßig entwickelt und höher als in der umgebenden Hautpartie. Das Korium besteht aus einem Konvolut dichten, zellreichen, teilweise hyalin degenerierten Bindegewebes.

Am Rande des Defektes finden sich noch verhältnismäßig reichlich elastische Fasern, welche senkrecht auf das Epithel ziehende Ausläufer entsenden. Aber auch in

Digitized by Google

der defekten Partie findet man spärliches elastisches Gewebe. Das Stratum reticulare ist durchsetzt von zahlreichen ziemlich weiten Gefäßen.

Dieser Fall findet kein Analogon in der Literatur. Makroskopisch zeichnen sich die Defekte durch ihre kantige, wie mit einem Locheisen ausgestanzte Form aus, ferner fühlen sie sich derber an wie die normale Haut. Histologisch sind die Herde charakterisiert durch die Ausbildung der Papillen, größere Dicke des Epithels und das derbe, hyalin degenerierte Bindegewebe in den tieferen Schichten. Er läßt sich deshalb nur als atypisch entwickelte Narbe ansprechen, welche als Endausgang eines tief reichenden, jedoch scharf abgegrenzten Wundprozesses zu betrachten ist.

Es ist nach diesem Befund nicht ausgeschlossen, daß ein Trauma auslösend für das Zustandekommen der Defekte eingewirkt hat, wobei je-

Fig. 3.

doch schwer die eigentümliche Form und die gleichzeitige Lokalisation an drei verschiedenen Partien des Kopfes zu erklären wäre.

Ungezwungener wäre auch dieser Fall in die Gruppe der amniogenen Defekte einzureihen. Wenn man sich vorstellt, daß der Grad der Verwachsung mit dem Integument verschieden intensiv sein kann, so kann man einsehen, daß beim Abreißen die membranen Defekte entstehen, welche nicht nur die oberflächlichen Schichten der Kutis, sondern auch tiefere Komplexe in Mitleidenschaft ziehen können, wobei der gesetzte Substanzverlust nur durch Narbengewebe ersetzt werden kann.

Nicht völlig von der Hand zu weisen wäre auch die, namentlich von C. Leiner (20) geäußerte Vermutung, daß ähnliche dekalvierte Areale des Kapillitiums in involvierten bzw. in der Fötalzeit narbig substituierten Angiomen ihre Vorstadien besitzen. Dieser Annahme wäre um so eher

Digitized by Google

Raum zu geben, als in diesem Fall in der Umgebung der Narbe zahlreiche und stark erweiterte Gefäße zu finden waren. Daß es nicht angeht, alle kongenitalen Kutisdefekte von einem Standpunkte aus zu erklären, wird schon durch ihre klinische Erscheinungsweise, mehr noch aber durch ihre anatomische Struktur nahegelegt.

Literatur.

1. Campbell, Edinb. Journal of Med. Sc. 1826. — 2. Abele, Med. Korresp.-Bl. d. württ. ärztl. Vereins, 1835, Bd. 5. — 3. Dieterich, Württ. Korresp.-Bl.. 1838. — 4. Priestley, Transact. Obst. Soc. London, 1859. — 5. H. v. Hebra, Mitt. d. Wr. embryol. Inst., 1882. — 6. E. v. Hofmann, Wr. med. Presse, 1885. Lehrb. d. ger. Med., 1895. — 7. Schrader, Zentralbl. f. Gyn., 1893. — 8. Mathes, Dissert., Marburg, 1894. — 9. E. Dittrich, Vierteljahrschr. f. ger. Mediz., 1895. — 10. Weindler, Zentralbl. f. Gyn., 1899. — 11. H. Vörner, Arch. f. Derm. u. Syph., 1903. — 12. O. Bürger, Zentralbl. f. Gyn., 1903. — 13. E. v. Winckel, Volckmanns klin. Vortr., 1904. — 14. R. Keller, Vierteljahrschr. f. ger. Med., 1908. — 15. Dubreuilh und Petges, Ann. de derm., 1908. — 16. E. Kehrer, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 1910. — 17. D. Galatti, Wr. med. Presse, 1910. — 18. A. Deutsch, Ges. f. inn. Med. u. Kinderkrankh., Wien 1912. — 19. E. Vogt, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 1913. — 20. C. Leiner, Sitzungsber. d. Wien. derm. Ges., 29. V. 1912.

Konzentrierte intravenöse Salvarsaninjektionen.

Von

Dr. Artur Strauss, Barmen.

(Mit 1 Abbildung.)

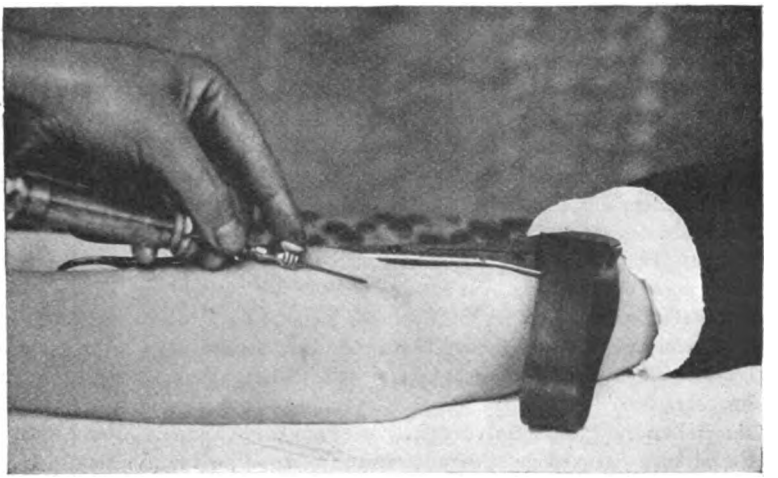
Die leichte Löslichkeit des Neosalvarsans veranlaßte mich, die intravenösen Injektionen mit einer Spritze vorzunehmen. Da sich 0,9 Neosalvarsan in 10 ccm Wasser glatt löst, benutzte ich eine Spritze von 10 ccm Inhalt, die ich mir mit Doppelnadeln von der Firma Dewitt & Herz (Berlin, Georgenkirchstraße) für intravenöse Kupferinjektionen bei Tuberkulose anfertigen ließ. Ich möchte nicht verfehlen, auf die bequeme, leichte und schnelle Ausführbarkeit dieser Injektionen aufmerksam zu machen, die ich in einer großen Zahl von Fällen erprobt habe. Sie lassen sich mühelos in der Sprechstunde machen. Während die intravenösen Injektionen mit einer Bürette 10 Minuten bis $^1/_2$ Stunde in Anspruch nehmen, dauert eine Einspritzung mit der Spritze nur etwa 3 Minuten.

Ich verwende eine Rekordspritze. Das Neosalvarsan wird (0,9 in 10 ccm vorher gekochtem Wasser) gelöst und in die Spritze aufgezogen. Die Spritze wird dann mit einer Doppelnadel armiert, d. h. mit einer scharfen Nadel, die mit einem die Spitze deckenden inneren Rohre

Digitized by Google

armiert ist. Nach der Abschnürung wird die mit der gefüllten Spritze verbundene, über das innere Rohr etwas nach vorn gezogene Nadel in die Vene eingestochen. Dann schiebt man das innere Rohr vor, das die Spitze deckt. Eine Verletzung der Venenwände ist nun ausgeschlossen. Man löst den Gummischlauch und spritzt den Inhalt ein. In dieser Weise kann jeder Blutaustritt vermieden werden.

Will man etwa nur 0,45 Neosalvarsan injizieren, so genügen 5 ccm Wasser. Auch das alte Salvarsan läßt sich in gleicher Weise, in entsprechenden Mengen Wasser gelöst, einspritzen.



Richtige Anwendungsweise von Spritze und Doppelkanüle: Die Binde ist gelöst. Die Nadel liegt in der Vene. Die innere Kanüle ist vorgeschoben und deckt die Spitze der äußeren, die von dem Zeigefinger der linken Hand fixiert wird.

Diese Einspritzungen mit Neosalvarsan werden vorzüglich vertragen.

Die ausgezeichnete Verträglichkeit dieser konzentrierten intravenösen Injektionen scheint mir dafür zu sprechen, daß die unangenehmen Nebenerscheinungen nicht nur von dem „Wasserfehler", sondern auch von der Wassermenge abhängig sind.

Daß auch die Wirkung dieser Injektionen eine schnelle und zuverlässige ist, dafür möge von vielen Fällen folgender erwähnt sein:

L. H., 22 Jahre alt, extragenitale Infektion vor drei Wochen: Ulcus durum an der Unterlippe. Taubeneigroße Schwellung der rechtsseitigen Submaxillardrüsen. Angina luetica. An zwei aufeinanderfolgenden Tagen je 0,45 Neosalvarsan in 5 ccm Wasser intravenös injiziert. Innerhalb der nächsten Woche verheilt das Ulcus durum, die Drüsen schwellen ab, die Angina verschwindet. In dem Sekret des Ulkus waren bei der ersten Konsultation massenhaft Spirochäten gefunden worden.

Digitized by Google

Versammlungen.

VII. Brasilianischer Kongreß für Medizin und Chirurgie.

4. Sitzung vom 22. April 1912.

Dermatologie und Syphiligraphie.

Beitrag über die Behandlung der Lepra mit Nastin, von MAX RUDOLPH. In fünf von sechs Leprafällen mit einer Krankheitsdauer von 5—16 Jahren konnte der Verfasser durch Nastinbehandlung eine beträchtliche Besserung verzeichnen; einer von diesen fünf Kranken ist sogar geheilt. Der Verfasser glaubt, daß man bei der Mehrzahl der Kranken mit Nastin den Prozeß wenigstens zum Stillstand bringen und die im Organismus befindlichen Bazillen vernichten kann, wodurch die Quellen zu neuen Infektionen beseitigt würden.

Beitrag zur Erforschung des Ainhum, von ZOPYRO GOULART. Der Verfasser berichtet über zwei Fälle dieser Krankheit. Im ersten ist der Sitz der Knochenerkrankung an den Gelenkflächen der beiden Phalangen der rechten kleinen Zehe von Interesse, trotzdem der Kranke immer Schuhe trug; der zweite Fall ist insofern von Bedeutung, als das Ainhum eine fast ausschließlich die schwarze Rasse betreffende Krankheit ist. Der Kranke ist aber ein Mestize, der weder die platte Formation des Negerfußes noch den schrägen Verlauf der Sehnen der vierten und fünften Zehe aufwirft, was PETERSON als ätiologische Merkmale angibt. Auf Grund dieser Momente verweist der Verfasser die traumatische Theorie des Ainhum und neigt mehr zur Annahme einer Trophoneurose. Mikroskopisch fand er ein völliges Fehlen der Papillen in der Tiefe der erkrankten Stelle.

Die Behandlung mit Salvarsan, von FERNANDO TERRA. Obwohl das Mittel keine Heilwirkung hat und auch seine abortive Wirkung im Initialstadium der Syphilis problematisch ist, so muß man doch seiner Eigenschaft, auch die schwersten syphilitischen Symptome schnell zum Verschwinden zu bringen, Anerkennung zollen. Schon durch diese Eigenschaft ist das Salvarsan ein Mittel, welches in der Prophylaxe der Syphilis eine bedeutende Rolle spielen muß. Der Verfasser empfiehlt Salvarsan in jedem Stadium der Syphilis in starken und wiederholten Dosen. Nur eine Lokalisation der Syphilis im Zentralnervensystem gibt eine Kontraindikation ab.

Differentialdiagnose zwischen Pian, Leishmaniose, Sporotrichose und Blastomykose, von FERNANDO TERRA und SILVA ARAUJO. Beim Pian sind die Läsionen monomorph, die Ulzera vegetierend, papillomatös, auf die Haut beschränkt und verschwinden gewöhnlich, ohne Narben zu hinterlassen, bei den anderen in der Überschrift genannten Krankheiten sind die Ulzera mehr granulomartig, bluten leicht und greifen auf die Schleimhäute über. Beim Pian sind immer die Drüsen ergriffen, ferner ist die WASSERMANNsche Reaktion positiv und das Salvarsan von guter Wirkung, während es bei den anderen Erkrankungen ohne Erfolg bleibt.

Bei der Leishmaniose sitzen die Läsionen mit Vorliebe an den unbedeckt getragenen Körperteilen. Sie verläuft viel langsamer als die Blastomykose (bis zu drei bis fünf Jahren), ist benigner als diese und zieht das Allgemeinbefinden nicht in Mitleidenschaften. Selten ist die Leishmaniose auch an den Schleimhäuten lokalisiert. Zum Unterschied von der Blastomykose sind dann die Drüsen frei. Bei der Blastomykose sind die papillomatösen Formen selten, deshalb muß öfter die Differentialdiagnose zwischen Leishmaniose und Sporotrichose gestellt werden, welche aber durch die Seltenheit der

Digitized by Google

Lokalisation in Mund und Nase und durch die Wirksamkeit des Jodkaliums genügend charakterisiert. Zum Überfluß können alle diese Erkrankungen mikroskopisch durch den Parasitennachweis auseinander gehalten werden.

Blastomykosen und Sporotrichosen, von Eduardo Rabello. Die in Brasilien beobachteten Fälle von Blastomykose zeigen klinisch ein ähnlicheres Bild als die bisher als Oidiomykose oder als Granuloma coccidium beschriebenen. Gewöhnlich ist ihre Prognose sehr ernst, die Lokalisation im Munde ist sehr häufig. Die Sporotrichosen Brasiliens zeigen gewöhnlich die gummöse Form. Sie haben eine günstige Prognose und wurden alle mit Jodkalium geheilt.

Myiasis linearis, von Werneck Machado. Mitteilung von drei Fällen.

Dermatoneurosen im Verlauf von Lungentuberkulose, von Antonio Aleixo. Zu diesen Krankheiten zählt der Verfasser diejenigen, bei welchen der Einfluß des Nervensystems eine Hauptrolle spielt, oder wenigstens für ihre Lokalisation spielt. Von ersteren behandelt er die Angioneurosen, die Raynaudsche Krankheit, das Malum perforans, den Zoster, die Hyperhidrose und die Anisomastie, von letzteren die Purpura und den Lupus erythematosus. A. Gunsett-Straßburg.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 114, Heft 3, Februar 1913.

1. Trichostasis spinulosa, von G. Nobl-Wien. Verfasser beschreibt an einer Reihe von Fällen, die er zu beobachten Gelegenheit hatte, Follikularveränderungen der Haut, die anscheinend kein seltenes Vorkommnis darstellen, wenn auch bisher darauf kaum aufmerksam gemacht worden ist. Es handelt sich um schwarz verfärbte, feine, spitzzulaufende Stacheln, die 1—$1^1/_2$ mm lang aus den Follikeln hervortreten, und vorzüglich am Nacken, dann aber auch an der oberen Brustappertur und in den oberen Abschnitten der Bauchhaut beobachtet worden sind. Die haarähnlich biegsamen Dornen präsentieren sich unter dem Mikroskop als garbenförmig durch lamellöse Hornhülsen und Bänder zusammengehaltene Büschel bräunlich gefärbter Kolbenhaare, die in Verbänden von 10—40 zur Formation der einzelnen Stacheln beisteuern. Es handelt sich um eine follikulare Retention gleichmäßig entwickelter Kolbenhaare, die einen von der Norm abweichenden Vorgang des Haarwechsels darstellen. Bei dem Mangel irgend welcher entzündlicher Anzeichen oder residualer infiltrativer Veränderungen im perifollikulären Korium muß die kongenitale oder frühzeitig erworbene Disposition einzelner Follikularbezirke zu dystrophischen Störungen angenommen werden.

2. Zur Anatomie des Ekzema seborrhoicum und der seborrhoischen Warzen, von Kreibich-Prag. In den Epidermiszellen vorkommende Lipoide sind nach Färbung von Gefrierschnitten mit Sudan oder Scharlachrot ein relativ häufiges Vorkommnis. Verfasser schließt sich der Ansicht von Cedercreutz an, daß das Lipoid in den Epidermiszellen entsteht. Besonders hohe Grade erreicht der Fettgehalt der Schuppe beim Ekzema seborrhoicum und den seborrhoischen Warzen; besonders bei den letzteren finden sich auch in den Basalzellen deutlichere und größere runde Tropfen. Zu gleicher Zeit war aber auch in den Gefäßendothelien ein gewisser Lipoidgehalt nachweisbar. Verfasser stellt die Vermutung auf, daß das Lipoid in der Kutis in Beziehung zur Veränderung der Gefäßwand steht und wahrscheinlich aus der Exsudation stammt.

Digitized by Google

3. Beiträge zur Ätiologie der Alopecia areata mit experimentellen Untersuchungen über die Thallium-Alopezie, von A. Poehlmann-München. Reichhaltiges Literaturstudium und eigene Beobachtungen, zusammen mit einer großen Reihe von Tierexperimenten, führen Verfasser zu folgenden Schlußfolgerungen:

„Die als Alopecia areata bezeichnete Alopezieform stellt ein selbständiges, durch einen charakteristischen Symptomenkomplex von allen anderen Alopezien leicht unterscheidbares Krankheitsbild dar.

Die meisten Fälle von Areata können klinisch nicht anders als durch die Annahme einer Übertragung eines noch unbekannten Kontagiums erklärt werden. Ab und zu kommen jedoch auch Fälle von traumatischer und neurotischer Alopezie zur Beobachtung, bei denen eine Infektion auszuschließen ist, und welche wir doch klinisch von dem Krankheitsbild einer typischen Areata zu unterscheiden nicht imstande sind. Endlich können ganz vereinzelt auch toxische Ursachen eine der Areata sehr ähnliche Alopezie hervorrufen.

Die klinischen und die experimentellen Erfahrungen verbieten uns, weiter an einer einheitlichen Ätiologie der Alopecia areata festzuhalten.

Da eine prinzipielle Trennung verschiedener Formen von Alopecia areata nach dem klinischen Bilde nicht durchgeführt werden kann, aber unter demselben klinischen Bild Affektionen ganz verschiedener Ätiologie verlaufen, sind wir genötigt, die Alopecia areata als einen Symptomenkomplex aufzufassen, der durch voneinander verschiedene Noxen (Infektion, Innervationsstörung, Intoxikation) in gleicher Weise hervorgerufen werden kann."

4. Experimentelle und klinische Beiträge zur Frage der Hauttalgsekretion, von Erich Kuznitzky-Breslau. In Übereinstimmung mit den Versuchen von Rosenfeld und Bruck stellt Verfasser auf Grund seiner Untersuchungen fest, daß die tägliche physiologische Hauttalgausscheidung sich ungefähr innerhalb der Grenzen von 1—2 g hält, ziemlich konstant ist und nur in der kalten Jahreszeit und bei Kindern etwas geringer als gewöhnlich. Unterschiede in den Hauttalgzahlen bei kohlehydratreicher Nahrung einerseits und fettreicher Nahrung andererseits sind nicht mit solcher Prägnanz aufgetreten, daß sich prägnante Schlüsse ziehen lassen. Untersuchungen an einzelnen Krankheitsformen haben u. a. den interessanten Befund ergeben, daß bei der mit Seborrhoea oleosa kombinierten Form der Akne vulgaris der klinische Befund mit dem chemischen sich deckt, daß also die Seborrhoea oleosa möglicherweise mit einer Vermehrung der Hauttalgsekretion einhergeht, die aber nicht, wie es bisher scheint, die Ursache der begleitenden Akne darstellt, sondern im Gegenteil aller Wahrscheinlichkeit nach eine zwar schwache, aber immerhin deutlich erkennbare Abwehrmaßregel des Organismus bedeutet.

5. Klinische und histologische Beobachtungen bei Hautmetastasen im Anschluß an Karzinom innerer Organe, von Marie Kaufmann-Wolf. Verfasserin gibt eine Zusammenstellung möglichst einwandfreier Fälle hämatogener oder lymphogener Metastasierung, wobei sie nicht nur Impfkarzinome, weiterkriechende Primärtumoren, sondern auch Metastasen, die im Anschluß an primäre Mammakarzinome entstanden sind, möglichst ausschließt. Dabei ist der Primärsitz der Affektion meist der Magen, an zweiter Stelle folgt der Uterus.

6. Die Histologie und Pathogenese der Psoriasis, von Paul Haslund-Kopenhagen. Die bereits im vorigen Bande begonnene und hier zu Ende geführte außerordentlich umfangreiche Arbeit gründet sich auf zahlreiche histologische Untersuchungen; wurden doch von 25 Psoriasisfällen über 60 Effloreszenzen exzidiert und ca. 6000 Schnitte untersucht. Dabei wird stets Bezug genommen auf frühere Untersuchungen, deren Ver-

Digitized by Google

schiedenheiten erklärt und mit den gewonnenen Befunden in Einklang zu bringen gesucht wird. So außerordentlich schwierig bei dem wechselnden Bilde, unter dem Psoriasis auftreten kann, die Deutung des histologischen Befundes ist, so läßt sich doch mit Sicherheit sagen, daß die Veränderungen sowohl im Epithel als in dem obersten Teile des Koriums gefunden werden, und daß an beiden Stellen die ersten Spuren so frühzeitig auftreten, daß es unmöglich ist zu sagen, wo der Prozeß seinen Anfang nimmt. Nach dem Charakter und der Intensität der Veränderungen ist zwar das Hauptgewicht auf das Epithel zu legen, und hier tritt besonders eine Leukozytenzuströmung zum Epithel hervor mit Anhäufung der Wanderzellen direkt unter der Hornschicht, in ihrer am meisten ausgeprägten Form eine mikroskopische „Abszeß"-Bildung, die durch ihre Flüchtigkeit und oftmalige Wiederholung, welche klar in der Schuppe dokumentiert wird, die Psoriasis zu einem histologisch leicht erkennbaren und ungemein charakteristischen Hautleiden macht. Im Korium dagegen tritt nur eine einfache Exsudation auf, welche zur Aufrechterhaltung und Erneuerung der Epithelveränderungen notwendig ist und kaum anderweitig eine Rolle zu spielen scheint.

Weniger ausführlich geht Verfasser auf die Bakteriologie des Leidens ein; seine Untersuchungen haben gezeigt, daß die Effloreszenz wohl Mikrobien enthält und, wie es scheint, in bedeutend reicherer Menge als die umgebende gesunde Haut, aber kaum solche, welche nicht zu den allgemein auf der Haut vorkommenden oder mehr zufälligen Parasiten gehören.

Bd. 115, Heft 5, Februar 1913.

Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie. Ein Rückblick auf die Jahre 1911—12, von R. Ledermann und Kurt Bendix-Berlin. Referat über 35 in den letzten Jahren erschienene Arbeiten; die Verfasser machen darauf aufmerksam, daß im Gegensatz zu früheren zusammenfassenden Referaten die Ausbeute aus den beiden letzten Jahren eine wesentlich geringere ist, was Verfasser darauf zurückführen, daß Tierexperimente und Serodiagnostik, Salvarsanbehandlung und Kulturverfahren das Interesse der Dermatologen von histologischen Arbeiten abgezogen haben.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Centralblatt.

Bd. 16, Nr. 4, Januar 1913.

1. Zur Kenntnis der syphilitischen Fazialislähmung, von Julius Lowinsky-Berlin. Der mitgeteilte interessante Fall betraf einen 38 Jahre alten Buchhalter, der bei einer frischen Syphilis acht Tage vor Auftreten des Exanthems eine Fazialislähmung bekam, die fünf Tage nach einer Injektion von 0,6 Neosalvarsan wieder verschwunden war. Zwei Monate darnach stellte der Patient sich abermals mit einer Fazialislähmung, diesmal der anderen Seite, und mit doppelseitiger Akustikusaffektion vor.

2. Eine einfache Methode, Leprabazillen in der zu untersuchenden Haut nachzuweisen, von A. Paldrock-Dorpat. Das exzidierte Hautstück wird in destilliertes Wasser gelegt und so lange in demselben gespült, bis es kein Blut mehr abgibt. Hierauf wird das Hautstückchen auf Filtrierpapier gelegt, um überschüssiges Wasser abzusaugen, dann faßt man es mit der Pinzette und streicht mit demselben über Deckgläschen, dasselbe bisweilen stärker andrückend, wobei die Leprabazillen aus dem Hautstückchen herausmassiert werden. Die lufttrockenen Ausstrichpräparate werden über der Flamme fixiert und darauf mit Fuchsin und Methylenblau wie üblich nach Baumgarten gefärbt. Die Präparate enthalten in großen Massen Leprabazillen, auch als Globuli vertreten.

Digitized by Google

3. Die Pathogenese und Therapie der gonorrhoischen Epididymitis in ihrer Entwicklung bis zum heutigen Stande der Wissenschaft, von CARL SCHINDLER-Berlin. Das umfangreiche Referat über die in den letzten Jahren erschienenen Arbeiten zur Epididymitis blennorrhoica wird fortgesetzt.

Bd. 16, Nr. 5, Februar 1913.

1. Das Verhalten der nichtsyphilitischen Spirochätenerkrankungen der Mund- und Rachenhöhle gegenüber dem Salvarsan, von C. GUTMANN-Wiesbaden. Verfasser berichtet über drei Fälle, von denen es sich im ersten um eine typische Angina PLAUT-VINCENTI handelt und in dem die Spirochäten und fusiformen Bazillen nach 0,4 Salvarsan prompt verschwinden, und die Affektion binnen sieben Tagen abheilt. Im zweiten Falle dagegen lag eine Tonsillitis ulcerosa-membranacea und gleichzeitig eine ausgedehnte Gingivitis vor; hier dauerte es ungefähr acht Tage nach der Salvarsaninfusion, ehe die Spirochäten und fusiformen Bazillen auf ein Minimum reduziert waren. Im dritten Falle dagegen, einer sehr schweren und ausgedehnten Stomatitis ulcerosa-membranacea, bei dem die Spirochäten weitaus überwogen, blieb der Zustand trotz zweimaliger intravenöser Salvarsanzufuhr nicht nur unverändert, sondern es kam sogar zur Verschlimmerung in Gestalt frischer Ulzerationen der Wangenschleimhaut.

2. Beitrag zur Ätiologie und Therapie des Ekzems, von BUBA-Nordenham. Verfasser hat zwei Fälle von Ekzem bei anscheinend tuberkulösen Individuen mit Injektionen von Tuberkelbazillenemulsion behandelt und auffällige Besserung gesehen. Er zieht daraus keinerlei bindende Schlüsse, doch möchte er daran denken, daß der ubiquitäre Tuberkelbazillus in vielen Fällen einen Schwächezustand des Organismus schafft, wodurch derselbe für irgend welche schädigenden Reize angriffsfähiger wird, so daß also die Besserung des Allgemeinbefindens den Zustand des Nährbodens verändert hat.

3. Über „Pixspor" (Teerpuder), von ERNST ADLER-Berlin. Teer in Form eines Puders hat Verfasser bei Balanitis, Herpes progenitalis, intertriginösem Ekzem, Hyperidrosis usw. verwendet und recht gute Resultate gesehen. Nach seinen Erfahrungen wirkt der Teerpuder energischer und schneller als andere Puderarten.

4. Über Hexal bei Blennorrhöe und deren Komplikationen, von R. BOER-Berlin. Das sulfosalizylsaure Hexamethylentetramin, welches unter dem Namen Hexal im Handel erscheint, ist nach den Versuchen des Verfassers von nicht zu unterschätzendem Wert. Er hat das Mittel bei etwa 30 Patienten teils poliklinisch, teils privat angewandt, und zwar hauptsächlich bei Blennorrhöe, und zwar komplizierter wie unkomplizierter Blennorrhöe.

5. Die Pathogenese und Therapie der blennorrhoischen Epididymitis in ihrer Entwicklung bis zum heutigen Stande der Wissenschaft, von CARL SCHINDLER-Berlin. Die schon im vorigen Heft begonnene, umfangreich angelegte referierende Arbeit wird noch weiter fortgesetzt. W. Lehmann-Stettin.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Pathological Section.

Sitzung vom 3. Dezember 1912.

Der vollständige Lebenslauf des Syphilisorganismus, von J. E. R. MC DONAGH. Den Entwicklungsprozeß der Spirochäten schildert Redner an der Hand von zahlreichen, übersichtlichen Abbildungen nach seinen (hauptsächlich mit Borax-Methylenblau gefärbten) Präparaten ungefähr folgendermaßen: im Geschabsel von luetischen Läsionen und auch im Blute der gesunden Haut in der Umgebung von Primärgeschwüren findet man Sporozoiten in zweierlei Gestalt, einer runden und einer nierenförmigen. Diese Sporozoiten haben lebhafte Eigenbewegung und dringen in andere Zellen ein, auch in

Digitized by Google

Leukozyten; aber die eigentliche Entwicklung findet wohl in Bindegewebszellen statt. Diese vollzieht sich nach zwei verschiedenen Prinzipien: einmal sieht man einen lebhaften Knospungsprozeß sich vollziehen, wobei sowohl männliche wie weibliche und auch ungeschlechtliche Merozoiten entstehen, welche nach Zerstörung der Wirtzelle frei werden. Andererseits sieht man den Sporozoiten bei geringerer Größenzunahme zunächst nur eine Vierteilung eingehen, wobei die entstehenden Körperchen sich in der Zelle wandständig stellen, worauf weitere sich stark härtende Körperchen hervortreten bis zur Vollendung dieser der geschlechtslosen Phase. Bei den geschlechtlich differenzierten Organismen sieht man folgenden Vorgang: das männliche rundliche oder ovale bewimperte Körperchen tritt in ein größeres einkerniges Lymphozyt ein und verliert dann seine Beweglichkeit, wächst und entwickelt dann drei birnförmige Körperchen, aus denen im weiteren Verlauf Knäuel und schließlich Anhäufungen von Stäbchen und zuletzt Spirochäten hervorgehen. Die weiblichen Organismen gehen auch aus dem Inhalt der Bindegewebszelle als rundliche oder ovale Körperchen hervor; sie unterscheiden sich aber durch ein besonderes Verhalten bei dem Färben, indem sie ein schwachgefärbtes Geflecht von Chromatin am einen Ende und zwei dunkel sich färbende Stäbchen oder Punkte am anderen Pole erkennen lassen. Sie wachsen extrazellulär bis zur Größe eines roten Blutkörperchens. Redner hat auch den Vorgang der Befruchtung durch Eindringen einer Spirochäte bei der gereiften weiblichen Gamete beobachtet; doch würde es zu weit führen, alle Einzelheiten darlegen zu wollen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Clinica Dermosifilopatica della Re. Universita di Roma.

31. Jahrgang, Heft 1, Januar 1913.

Die Verbreitung der Syphilis im Organismus durch direkten Kontakt und in der Heredität, von Campana. Bei der Konzeption ist immer nur ein Organismus erkrankt, der Fötus oder die Mutter. Um von einem zum anderen überzugehen, braucht die Krankheit von Mutter auf Kind 5—7 Monate, vom Fötus auf die Mutter mehrere Graviditäten. In letzterem Falle zeigt die Mutter keine äußeren Zeichen der Lues, sondern nur eine Modifikation des Blutes (Anämie) und der Kräfte (Nervenschwäche). Es handelt sich dann um ein langes Lokalbleiben der Krankheit im anatomischen Sinne, und man muß als allmählichen Verbreitungsweg der Krankheit die Lymphspalten des bindegewebigen Überzugs der Gefäße des Intestinaltraktus, der Plazenta und des Endometriums ansprechen. Ganz anders vollzieht sich der schnelle Übergang von einem zum andern mit baldigem Eintreten von Allgemeinsymptomen. Hier handelt es sich um einen direkten Übergang von Spirochäten auf dem Kontaktwege.

Vergleichende Therapie der Kochschen Tuberkuline, von Campana. Von mit Tuberkulose erkrankten Meerschweinchen blieben 25% derjenigen, welche mit Tuberkulin behandelt waren, am Leben. Der Artikel wird fortgesetzt.

Syphilis des Darmtraktus, von Campana. Der Verfasser bespricht die Variabilität der syphilitischen Darmläsionen: erythemokatarrhalische, noduläre, gummöse und zikatrizielle Formen, außerdem die indurative Form mit Stenosenbildung.

Der Pyozyaneus in der Morphologie des Fiebers, von Campana. In Fällen von papulopustulösem Syphilid des Oberschenkels, von gummösem Hautsyphilid des Armes und von miliarem Hautsyphilid wurde der B. pyocyaneus als Komplikation gefunden. Das vorhandene Fieber war nicht auf dessen Anwesenheit zurückzuführen.

Tuberkulöse Meningitis, von Campana.

Digitized by Google

Die zirkumskripten Indurationen der Corpora cavernosa infolge von Syphilis, Blennorrhöe, Arteriosklerose und Tuberkulose, von CAMPANA und GARIBALDI. Bei Blennorrhöe sind die Infiltrate nicht scharf abgegrenzt, und das subkutane Bindegewebe ist mitbeteiligt. Oft ist Periurethritis damit verbunden. Bei Syphilis sind gewöhnlich beide Corpora cavernosa befallen, und die Infiltrate sind scharf begrenzt und vollständig von der Urethralwand unabhängig. Bei Arteriosklerose finden sich die verschiedensten Formen. Oft sind es multiple, strangförmig angeordnete Knötchen. Bei Tuberkulose findet sich immer eine Mitbeteiligung der Haut oder des periurethralen Bindegewebes.

Umstände, welche die Lymphdrüsenschwellung vermehren können, von CAMPANA und GALIMBERTI. Mitteilung eines Falles von syphilitischen Analkondylomen mit hinzugekommenem perinealem Abszeß. Außerdem bestand bei dem Kranken eine allgemeine Drüsenschwellung, vielleicht auf leicht septischer Basis vom Analabszeß ausgehend. A. Gunsett-Straßburg.

Revista española de Dermatologia y sifiliografia.

Januar 1913.

Behandlung der Acne rosacea mit Radium, von RODRIGUEZ-F. SIERRA. Bei der Behandlung dieser Erkrankung mit Radium müssen Hautatrophie, weiße Narbe, Pigmentationen und Teleangiektasien streng vermieden werden. Deshalb dürfen die Radiumapplikationen nicht über 12—15 Minuten ausgedehnt werden. Der Verfasser verwendet kein Filter.

Die Lymphadenie, Leukämie, Pseudoleukämie und ihre Hautmanifestationen, von UMBERT. Außer einer nosologischen und differentialdiagnostischen Beschreibung der verschiedenen hierher gehörigen Krankheitsformen teilt der Verfasser die Krankengeschichte eines Falles von Pseudoleukämie mit Hautläsionen in Form einer stark juckenden ekzematösen Dermatitis, welche in großen Herden auf dem ganzen Körper verbreitet war.

Februar 1913.

Differentialdiagnose der einzelnen Hautepitheliomarten und ihre prognostische Bedeutung, von J. PEYRI. Der Verfasser unterscheidet: 1. die prädisponierenden Prozesse (Lupus vulgaris, erythematosus, tertiäre Syphilide von langsamem Verlauf, Naevi pigmentosi und chronische artifizielle Dermatitiden); 2. die präepitheliomatösen Prozesse (seniles Keratom, Xeroderma pigmentosum, Matrosenhaut, Leukoplakie, PAGETS desease); 3. die nichtinfizierenden Epitheliome und 4. die infizierenden Epitheliome und Karzinome. P. gibt in folgender Tabelle die pathologisch anatomischen Unterscheidungsmerkmale der beiden letzten Formen:

Nichtinfizierendes Epitheliom.	Infizierendes Epitheliom.
1. Schmale Epithelstränge.	1. Breite und tiefe Epithelstränge.
2. Geringe Tätigkeit der Epithelzellen.	2. Abundante Karyokinesen.
3. Erhaltenbleiben der verschiedenen Reteschichten.	3. Verschwinden ihrer morphologischen Differenzierung.
4. Spärliche Zelldegeneration oder nur Verhornung.	4. Hyaline und muköse Degeneration.
5. Deutliche Grenze zwischen Kutis und Epidermis.	5. Verschwommene Grenze.
6. Das Stroma der Kutis ist dicht und fibrös.	6. Es ist spärlich und von embryonaler Struktur.

Digitized by Google

Zu den nichtinfizierenden benignen Epitheliomen rechnet der Verfasser das Ulcus rodens, das plane zikatrizielle Epitheliom, die multiple Epitheliomatose (Pseudoepitheliom Azúa), das reine papilläre Epitheliom und das adenoide Epitheliom. Zu den nichtinfizierenden zerstörenden Epitheliomen gehören das Epithelioma papillare profundum (d'emblée), die multiple senile Epitheliomatose und die geperlte Form des gewöhnlichen Kankroids. Das infizierende Epitheliom ist mit den verschiedenen Formen des gewöhnlichen Kankroids identisch. A. Gunsett-Straßburg.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Bd. 12, H. 11, Nov. 1912.

1. Urogenitaltuberkulose in der pathologisch-anatomischen Statistik, von S. Uchimura-Kyoto.

2. Polyneuritis und Kakke nach Salvarsaninjektion, von I. Toyama-Sendai.

3. Die Röntgentherapie bei Lichen simplex chronicus und Ekzema chronicum, von Sh. Dohi-Tokio. „Bei zehn Fällen von Lichen simplex chronicus, die gegen verschiedene Arzneibehandlungen ganz refraktär waren, konnte ich durch Röntgenbestrahlungen stets glänzende Heilerfolge erzielen. Bei den Bestrahlungen habe ich meistens $^1/_3$ Erythemdose und bei relativ weniger empfindlichen Fällen mit stark elevierten Hautfeldern $^1/_2$ Erythemdose angewandt. Die kranken Herde schwanden gänzlich, in drei Fällen nach einer Sitzung, in zwei Fällen nach zwei Sitzungen, in den übrigen Fällen nach drei bis fünf Sitzungen, und blieben bis jetzt ohne Rezidiv.

Auf das chronische Ekzem war die Wirkung der Röntgenstrahlen auch vorzüglich. Nach einer Bestrahlung ließ schon der Juckreiz nach, und die Resorption der Infiltrate wurde befördert. Nach zwei bis drei Bestrahlungen trat die völlige Heilung bei den meisten Fällen und bei den wenigen übrigen bedeutende Besserung ein."

4, Über Blenolin, von J. Matsumoto-Osaka.

5. Ein Fall von Idiosynkrasie gegen Salvarsan, von T. Negoro-Nagoya.

6. Über die akute Arsendermatitis, von K. Muta.

W. Lehmann-Stettin.

Folia Urologica.

Bd. 7, Nr. 6, Febr. 1913.

1. Die Steinkrankheit der Niere, von G. v. Illyés-Budapest. Verfasser berichtet über 81 Fälle, von denen 63 operiert worden sind und eine Kontrolle der gestellten Diagnose erlaubten. Er legt großen Wert auf die Röntgenuntersuchung, hat aber doch Fälle gesehen, bei denen während der Operation ein Stein gefunden wurde trotz negativen Röntgenbefundes. Auch Fälle, wo bei rechtsseitig auftretenden Nierenkoliken die Steine in der nicht schmerzhaften linken Niere saßen, wurden beobachtet. Verfasser geht eingehend auf den Wert der funktionellen Untersuchungsmethoden ein und bespricht die Indikationen zu dem jeweils verschiedenen operativen Vorgehen.

2. Über zwei Fälle von fast vollständiger Blasenexstirpation beim Blasentumor, von Giorgio Nicolich-Triest. Die experimentell an Hunden bereits ausgeführte komplette Blasenresektion, bei der nur ein Stumpf mit der Ureterenöffnung zurückbleibt, hat Verfasser an zwei Patienten vorgenommen, die den Eingriff gut überstanden und genau wie im Tierexperiment eine neue Blase bekamen; dabei war der eine Patient bereits 72 Jahre alt.

3. Die Lehre von der Urininfektion 1909—1912. Bericht erstattet von Berthold Goldberg-Bad Wildungen. W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Sexual-Probleme.

September 1912.

Die rechtliche Beurteilung des ärztlichen Rates zum illegitimen Geschlechtsverkehr, von Eugen Wilhelm, Amtsgerichtsrat, Straßburg im Elsaß. Wir können an dieser Stelle auf das von einem Juristen mit etwas juristischer Spitzfindigkeit behandelte Thema nicht näher eingehen, die Abhandlung bleibt für den Mediziner wie Juristen eine interessante Lektüre. Wilhelm teilt seine Ausführungen in drei Abschnitte. 1. Die strafrechtliche, 2. die zivilrechtliche Bedeutung des ärztlichen Rates zum außerehelichen Geschlechtsverkehr. Diese beiden ersten Punkte betreffen die Verleitung zum Geschlechtsverkehr bei Unverheirateten und eventuell zum Ehebruch bei Verheirateten. Wie weit sich der Arzt durch einen solchen Rat strafbar macht, wenn er ihn aus therapeutischen Gründen gibt, wird von allen möglichen juristischen Gesichtspunkten ausgeführt.

Der 3. Punkt, der ärztliche Rat zum illegitimen Geschlechtsverkehr aus diagnostischen Gründen, a) um festzustellen, ob der betreffende Patient potent oder impotent ist, b) ob eine etwa bei ihm bestehende Geschlechtskrankheit wirklich ausgeheilt oder noch übertragbar ist, scheint für jeden denkenden Mediziner von selbst beantwortet. Immerhin ist die Lektüre der Arbeit nicht unlohnend.

Der Selbstmord auf sexueller Basis, von Felix Asnaurow-Genf. Eine interessante sexualpsychologische Studie, auf deren Lektüre wir hinweisen möchten.

Die Narkotika und Rauschmittel im Sexualleben, von R. K. Neumann. Neumann bespricht die Wirkung von Rauschmitteln, und zwar von Alkohol in Form von Bier, Wein, Schnaps, ferner von Tee und Kaffee, dann von narkotischen Medikamenten: Opium, Morphium, Kokain und Äther, und speziell dem Haschisch und kommt zu dem Schluß, daß Narkotika und Rauschmittel nur dann sexuell stimulieren, wenn sie in geringen, wohl individuell begrenzten Mengen genossen werden. Die Grenze innezuhalten, bei der das leichte Berauschtsein in sinnlosen Rausch übergeht, ist sehr schwer.

Lasch-Breslau.

Bücherbesprechungen.

Vergleichend-diagnostischer Atlas der Hautkrankheiten und der Syphilide, einschließend die der Haut angrenzenden Schleimhäute, von S. Ehrmann-Wien. (Jena, Fischer, 1912). Der Name Ehrmann bedeutet an sich ein Programm; er garantiert für sorgfältige Durcharbeitung des behandelten Stoffes, und zu der Gediegenheit der Arbeit gesellt sich die besondere Fähigkeit Ehrmanns, anschaulich mit besonderem Lehrtalent zu schildern, was er unserer Kenntnis näherbringen will. Vorliegender Atlas umfaßt in 29 Vorlesungen mit 312 farbigen Figuren auf 91 Tafeln und 191 schwarzen Abbildungen das im Laufe von Dezennien gesammelte Material, das je nach der im Augenblick höchstentwickelten Technik der Wiedergabe uns dargestellt wird. Es ist selbstverständlich, daß unter einer so großen Zahl von Abbildungen einige nicht ganz vollkommen sind, aber die bei weitem überwiegende Mehrzahl ist von ganz vortrefflicher Ausführung. Ich möchte besonders erwähnen, ohne mich in Details zu verlieren, die zahlreichen Abbildungen von Lupus und Syphilis des Gesichts, von extragenitalen Primäraffekten, Blastomykosen und die Fälle, die an den Übergangsstellen von Haut zur Schleimhaut lokalisiert sind, so wie die Krankheitsbilder am Penis und, was ich besonders dankenswert empfunden habe, die vielen Abbildungen von Nagelerkrankungen. Manchen wird vielleicht die etwas ungewöhnliche Art der Anordnung

Digitized by Google

anfangs stören, indem Ehrmann die Abbildungen nicht nach pathologischen Gesichtspunkten geordnet hat, sondern nach dem Prinzip: gleichartige Erkrankungsformen verschiedener Krankheiten durch die direkte Nebeneinanderstellung für die Diagnose besonders wertvoll zu machen. Lasch-Breslau.

Kompendium der Röntgentherapie, von H. E. Schmidt-Berlin. (Dritte Auflage, August Hirschwald, Berlin 1913.) Die in der neuesten Zeit mit Riesenschritten einsetzenden Fortschritte in der Technik der Röntgentherapie zusammen mit ihrer immer größer werdenden Verbreitung, ließen eine neue, aber völlig umgearbeitete Auflage des beliebten Kompendiums für nötig erscheinen. Der Verfasser, der sich durch seine eigene Methode der Dosierung der Röntgenstrahlen in den weitesten Kreisen bekannt gemacht hat, hat in der neuen Auflage auch die neuesten Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgentherapie berücksichtigt. So sehen wir jetzt in objektiver Weise die neuesten Röntgenröhren (Luftzirkulation-, Wasserkühl-, Zangenröhren) besprochen, ferner die modernen Härtemesser, den Qualimeter von Heinz Bauer und den absoluten Härtemesser von Christen berücksichtigt. Hervorzuheben ist auch die Neubearbeitung des Kapitels über Sensibilisierung und Desensibilisierung sowie über die gynäkologische Anwendung der Röntgentherapie, welche ja jetzt auch von vielen Röntgentherapie treibenden Dermatologen ausgeführt wird. Sicher wird auch diese neue Ausgabe des ausgezeichneten, besonders dem Praktiker zu empfehlenden Buches (cf. die Indikationsstellung bei den dermatologischen Erkrankungen) ebenso schnell vergriffen sein, als die vorhergehende Auflage. A. Gunsett-Straßburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Klinische Erfahrungen über die Einwirkung des Adamons auf sexuelle Reizerscheinungen, von Frank-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 49.) Adamon (Friedrich Bayer & Co.) ist eine Kombination von Brom und Borneol: Dibromdihydrozimmtsäureborneolester. Es ist ausgezeichnet durch seine Geschmacks- und Geruchlosigkeit und seine absolute Indifferenz gegenüber den Verdauungsorganen. Nach seinen Erfahrungen an 30 Fällen leistet es in seiner therapeutischen Wirksamkeit entschieden mehr als die Mittel, die man bisher zur Bekämpfung urogenitaler Reizzustände verwendete. Auch bei pathologisch erhöhtem Sexualtrieb hat er es in einem Falle mit günstigem Erfolge angewandt. Vielleicht ist es auch bei dem starken Trieb pervers Sexueller zu erproben. Er gab das Mittel in Pulvern und Tabletten in der Durchschnittsdosis von 3 g und ließ es auf die drei letzten halben Stunden vor dem Schlafengehen verteilen. O. Junghanns-Dresden.

Operationstechnik der äußeren Genitalplastik beim Manne, von Bonamy und Dartigues. (Presse méd., 1913, Nr. 10.) Die Verfasser beschreiben die Technik einer Operation, welche die Schaffung eines neuen Hodensacks und einer neuen Penisüberdeckung in einem Fall von Lymphangiom mit Elefantiasis der äußeren Genitalien eines 51 jährigen Mannes bezweckte. A. Gunsett-Straßburg.

Die Anwendung von Tuberkulin bei chirurgischer Urogenitaltuberkulose, von Georg Whiteside-Portland, Ore. (Journ. americ. med. assoc., 1912, 21. Dezember.) Ist eine Niere in einen Eitersack, oder ein Nebenhoden oder die Samenblase oder die Prostata durch tuberkulöse Erkrankung in einen Abszeß umgewandelt, so ist die chirurgische Behandlung unumgänglich. Doch gibt es immerhin Erkrankungen, bei denen der

Digitized by Google

Gebrauch von Tuberkulin die Operation aufzuschieben oder auch ganz zu unterlassen erlaubt. Außerordentlich viel hängt von der richtigen Dosierung ab; zu große Dosen können sichtlich schaden. Verfasser hat sich Kochs Alttuberkulin bewährt, doch mögen andere Präparate auch gute Erfolge geben. Fendt-Wiesbaden.

Die Temperatur nach perinealer Operation unter Lumbalanästhesie, von Edward L. Keyes und David W. Mac Kenzie-New York. (New York med. Journ., 9. Nov. 1912.) Als Vorteile der Lumbalanästhesie vor der Allgemeinnarkose führen Verfasser folgendes an: 1. sie beschränkt die Gefahr postoperativer Lungenentzündung auf ein denkbar geringes Maß, 2. ebenso den Chok, und 3. schont sie die Nieren. Dazu kommt nach den in dieser Arbeit studierten Fällen noch als 4. Vorteil die geringere Temperaturerhöhung. Sie betrug nämlich bei 26 unter Allgemeinnarkose operierten Fällen ca. 0,8° C, bei 23 mit Spinalanästhesie operierten nur 0,3—0,5° C, eine Tatsache, welche allein Verfassern genügen würde, letzterer bei allen am Perineum des Mannes auszuführenden Operationen den Vorzug zu geben. Unter im ganzen 150 Fällen, bei welchen sie sich der Lumbalanästhesie bedienten, versagte dieselbe nur einmal, so daß dieser zuweilen gemachte Einwand ebensowenig wie der geringgradige Chok, der mit Koffeininjektionen leicht zu beseitigen ist, oder toxischen Komplikationen gegen diese Art Anästhesie abgeben. Stern-München.

Über Adipositas cerebralis und Adipositas cerebro-genitalis, von R. van Jacksch-Prag. (Med. Klinik, 1912, Nr. 48.) Der Verfasser bespricht zunächst die bisherigen Theorien über den Zusammenhang zwischen Hypophysenerkrankungen einerseits und Adipositas cerebralis respektive cerebro-genitalis andererseits. Während die ersten drei von ihm geschilderten Fälle einen solchen Zusammenhang als feststehend zu beweisen scheinen, indem Patienten mit Hypophysenerkrankungen in bezug auf ihr Genitale einen femininen Einschlag zeigten (Fehlen der Schamhaare und der Haare in den Achselhöhlen, herabgesetzte oder erloschene Potenz usw.) bei meist sehr erheblich gesteigerter Adipositas des ganzen Körpers, fehlte im vierten Falle (12 Jahre bestehende Syringomyelie, Adipositas cerebri et totius corporis) jedes Merkmal einer Mitbeteiligung des Sexualapparates, so daß v. Jacksch betont, daß man sich hüten solle anzunehmen, daß in jedem Falle die Adipositas cerebri mit einer Adipositas cerebro-genitalis zur gleichen Zeit bestehe, ob in diesen letzteren Fällen eine andere Drüse mit innerer Sekretion vikariierend für die Hypophyse eintritt oder ob die Funktionsstörungen in der Hypophyse anders geartet sind, oder noch andere Theorien, auf die hier einzugehen nicht möglich ist, Platz greifen, ist noch unentschieden. Lasch-Breslau.

Die Behandlung der Enuresis nocturna, von Max Klotz-Schwerin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 49.) Die Inkontinenz ist ein Symptom. Der Arzt hat vorerst festzustellen, ob eine ursächliche Erkrankung vorliegt (Zystitis, Prostatitis, Blasentuberkulose, Lithiasis, Phosphaturie, Vulvovaginitis, Masturbation), ist eine solche nicht zu finden, dann handelt es sich um (kindliche) Hysterie. Bei der Heilung muß dementsprechend die Hauptrolle die Suggestion spielen. Als empfehlenswerte Mittel kommen in Betracht: Faradisieren, lokale kalte Duschen, Milieuwechsel (Krankenhaus, Kindersanatorium), Hypnose, systematisches Wecken in der Nacht. Im Bette Seitenlage, Erhöhung des Fußendes. Da die Kinder meist in der Nacht sehr fest schlafen, soll man sie auch tagsüber schlafen lassen, um die Tiefe des Schlafes in der Nacht abzuschwächen. Die Kost soll eine vegetarische sein. Franz-Dresden.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

12. April 1913 | Nr. 15 | Band 56

Der Lebenszyklus des Mikroorganismus der Syphilis (Leukocytozoon syphilidis).

Von

J. E. R. McDonagh, F.R.C.S., London.

(Mit 4 schwarzen und 1 farbigen Tafel.)

Niemals ist die Entdeckung eines Mikroorganismus so allgemein und schnell akzeptiert worden, wie die der Spirochaeta pallida durch Schaudinn und E. Hoffmann. Bei eingehender Betrachtung müssen wir uns aber dennoch sagen, daß dieser Organismus nicht einzig und allein für alle Phänomene, die mit der Syphilis Gemeinschaft haben, verantwortlich sein kann. Diese Vermutung wurde schon öfters und wohl zuerst von Rille geäußert.

Wenn z. B. die Spirochaeta pallida die Grundursache der Syphilis ist, wie erklärt es sich dann, daß die Inkubationsperiode sich über einen so langen Zeitraum erstreckt? Ist es richtig, daß die Inkubationsperiode von der langsamen Vervielfältigung der Spirochäten abhängig war, so müßte man annehmen, in Schwellungen eines Schankers die Spirochäten in jedem Falle in einem Teilungsstadium vorzufinden. Einige Forscher haben beschrieben, in welcher Weise sich die Spirochaeta pallida teilt, aber es existiert in keiner Beziehung ein genügender Beweis dafür, daß die Teilung im Körper ein ständig wiederkehrender Vorgang ist, wenn sie überhaupt jemals wirklich stattfindet. Teilt sich die Spirochaeta pallida nun aber nicht, wie ist es dann der Krankheit möglich sich zu verbreiten? Ferner, wie kommt es, daß manchmal ein Schanker auftritt, in dessen Ausstrichpräparaten keine Spirochäten zu finden sind? Eine befriedigende Antwort für diese und viele andere Fragen läßt sich nur dann finden, wenn man annimmt, daß die Spirochaeta pallida wohl eine gewisse Rolle in der Krankheit spielt, in keinem Falle aber deren eigentliche Ursache ist. Jede Zelle hat eine bestimmte Funktion zu erfüllen, welche kann demnach die Spirochaeta pallida auszuüben haben, wenn nicht die der Vermehrung? Könnte man sich nicht, wenn man die große Ähnlichkeit dieses Organismus mit einem Spermatozoon in Betracht zieht, geneigt fühlen, anzunehmen, daß seine Funktion analog ist, nämlich die, zu befruchten. Sollte das der Fall sein, so muß logischerweise angenommen

Digitized by Google

werden, daß die Spirochaeta pallida eine ausgewachsene männliche Zelle ist, daß eine weibliche vorhanden sein muß, und daß aus der Vereinigung der beiden gewisse Resultate hervorgehen müssen. Sind diese meine Erwägungen richtig, so kann es keinem Zweifel unterliegen, daß der syphilitische Parasit ein Protozoon sein muß, eine Annahme, die um so mehr mit Sicherheit gemacht werden kann, wenn man bedenkt, daß er sich in schnellster Weise durch Salvarsan vernichten läßt, das doch durch einen Lebenszyklus im Lager zu gehen hat, bevor es Symptome zeitigt, woher sich dann auch die lange Dauer der Inkubationsperiode erklärt. Da nun der Zyklus in einigen Fällen bis zur Formation der ausgewachsenen männlichen Elemente oder Spirochäten zu verlängern ist, so läßt es sich auch ohne weiteres erklären, warum es gelegentlich unmöglich ist, diese Körper in einem Schanker, wo ihre Existenz keinem Zweifel unterliegt, zu finden. Eine Schilderung des Lebenszyklus des Organismus der Syphilis, wie sie sich mir aufgedrängt, gibt ohne weiteres die Lösung aller der mit dieser Krankheit verbundenen schwierigen Probleme, und erledigt somit die Diskussion der vielen Wofürs und Warums derselben. Nach meiner Anschauung besteht die Infektionskraft der Syphilis aus einem kleinen, kreis- oder etwa renalförmig gebildeten Körper, der mit Leichtigkeit in jedem Schanker gefunden werden kann, und zwar sowohl im Blute der eine wunde Stelle umgebenden gesunden Haut, als auch während des Stadiums der gesamten Infektion im allgemeinen Blutlaufe. Der Sporozoit ist von aktiver Beweglichkeit und, nachdem er für einige Zeit frei und unabhängig herumgewandert ist, nimmt er eine intrazelluläre Form an und betritt eine Bindegewebszelle, in der er bedeutenden Veränderungen unterliegt, die sich sehr einfach unter zwei Rubriken beschreiben lassen.

1. Der Sporozoit vergrößert sich zusehends und gibt — vermittels eines Okulierungsprozesses — Veranlassung zur Entstehung verschiedener Körper, die sich später in männliche und weibliche Elemente absondern, wobei sich die Zelle allmählich zu einem Sacke ausbildet, da das gesamte Reservematerial von den Merozoiten aufgesaugt worden ist, und — obwohl degeneriert — bleibt der Nukleus noch immer bestehen, und verschwindet erst, sobald der Sack sich auflöst und dabei die männlichen und weiblichen Merozoiten entläßt. Nicht alle in dieser Weise gebildeten Körper sind geschlechtlich unterscheidbar, denn es gibt einige, die mit den sexuellen Merozoiten frei werden, die aber wahrscheinlich imstande sind, den Zyklus von neuem zu beginnen, indem sie eine frische Bindegewebszelle aufsuchen.

2. Der Sporozoit nimmt an Größe zu, nicht aber in denselben Dimensionen wie im vorstehend beschriebenen Falle. Nachdem er eine

Digitized by Google

gewisse Größe erlangt, zerteilt er sich in zwei, und diese wieder in vier Körper. Diese vier Teile bilden — nach einem Prozesse weiterer Subdivision — einen Ring, und verziehen sich so zur Peripherie des Körpers, wo es den Anschein erweckt, als sei der ganze Ring ringsum von Steinchen besetzt. Nunmehr ist die Wirtzelle fast ganz degeneriert, und man könnte annehmen, daß der Parasit extrazellulär geworden, während das in Wirklichkeit nur geschieht, wenn die Wirtzelle überhaupt nicht mehr vorhanden ist. In der Mitte und um den Ring herum treten dunkelfarbige Körperchen auf, bis das Bild einer perfekten Sporozyste gegeben ist. Dies ist zweifellos das wahre asexuelle Stadium, und die beiden hier beschriebenen Stadien repräsentieren die Schizogonie.

Die asexuelle Sporozyste unterscheidet sich von der sexuellen in zwei Dingen, wie sich aus dem Studium von Schnitten klar ergibt: erstens enthält die asexuelle Sporozyste sehr häufig eine kleine oder Tochter-Sporozyste und zweitens sind die Sporen in der ersteren feiner und kleiner als in der letzteren.

Die sexuellen Entwicklungen gestalten sich wie folgt: das Maskuline, ein, rundlich oder oval geformter Körper, nähert sich und betritt einen großen mononukleären Leukozyten, und es werden drei birnenförmige Körper in seinem Innern unterscheidbar. Der maskuline Gametozyt gewinnt mehr und mehr an Gestalt, bis schließlich eine Spirale gebildet ist. In einigen dieser Spiralen sind dunkelfarbige Strukturen zu beobachten, die unzweifelhaft mit den schon erwähnten birnenförmigen Körpern korrespondieren. Von dieser Masse zweigen sich nun Spirochäten ab, wie die Speichen eines Rades von seiner Achse.

In vielen in vivo gefärbten Exemplaren sind streptokokkenähnliche Ketten häufig, und ebenso viele aus diesen hervorgehende freie kokkenähnliche Körper. Bei sorgfältiger Prüfung läßt sich feststellen, daß jeder kokkenförmige Körper aus einem deutlichen Ringe besteht, der in seinem Innern zwei übereinander liegende tieffarbige Stäbchen beherbergt, so daß der Eindruck eines Diplokokkus erweckt wird. Diese kokkenähnlichen Körper sind beweglich, und ist ihre Gestalt bei Untersuchung vermittels Dunkelfeld-Beleuchtung klar erkennbar. Ich bin nicht ganz sicher, ob sich die Stäbchen trennen oder zu einem werden; wie dem aber auch sei, sie werden länger und entwickeln sich schließlich zu Spirochäten. Diese Entwicklung wurde von mir an einem, in reiner Aszitesflüssigkeit anaërobisch gezüchteten Schanker demonstriert, wobei ich fand, daß es länger als 14 Tage dauerte, bevor selbst die unentwickelten Spirochäten sich entfalteten. Höchstwahrscheinlich entstehen diese kokkenähnlichen Ketten und Körper aus den Knäueln.

Der weibliche Gametozyt ist ein zirkel- oder ovalförmiger Körper,

Digitized by Google

der extrazellig verbleibt und daran zu erkennen ist, daß er — bei der Färbung in vivo — mit Ausnahme eines mattfarbigen chromatischen Netzwerkes am oberen Ende und ein oder zwei tieffarbigen Linien resp. Punkten am unteren Ende, keine Farbe annimmt. In Schnitten mit Pyronin und Methylgrün gefärbt zeigt der Hintergrund ein schwaches Rosarot und das chromatische Netzwerk ein tiefes Rot, dabei als mehr oder weniger halbmondförmige und rundliche Masse erscheinend. Diese halbmondförmige Gestalt tritt mehr bei Ausstrichen auf, die mit Giemsa gefärbt sind. Der weibliche Gametozyt gewinnt allmählich an Gestalt, bis er so groß wie ein rotes Blutkörperchen geworden, und die Punkte an seinem unteren Ende, die sehr beweglich und wahrscheinlich die Blepharoblasten sind, die Zelle verlassen haben, und das chromatische Netzwerk bedeutend klarer in der Mitte der Zelle hervortritt, welch zentrales Auftreten auch die homogene Färbung der ganzen Zelle in Giemsa-Präparaten erklärt. Eine derartige Zelle ist der weibliche, für die Befruchtung reife Gamet.

Den Akt der Befruchtung zu beobachten hatte ich außergewöhnlich günstige Gelegenheit; er spielte sich wie folgt ab. Die weibliche Zelle wies am oberen Ende links einen tieffarbigen, rundstückähnlichen Körper auf, während am rechten unteren Ende eine Spirochaeta pallida eingedrungen und zwei andere Spirochäten dicht daneben gelegen waren. Das Ganze befand sich in aktiver Bewegung. Bald verschwanden die beiden Spirochäten, der rundstückähnlich geformte Körper ward mehr und mehr extrazellig, bis er schließlich ganz frei wurde, weshalb ich annehme, daß der rundstückähnliche Körper der ausgestoßene Polarkörper sein muß, das chromatische Netzwerk färbte sich tiefer und verzog sich gegen das obere Ende, wohingegen die Spirochaeta pallida, die eingedrungen war, mehr oder weniger dunkelfarbig und zum linienförmigen Körper am unteren Ende wurde. Das chromatische Netzwerk befand sich nun völlig am oberen Ende und war zur Hälfte zu einer homogenen dunkel gefärbten Masse geworden, während die gesamte Zelle eine rosarote Farbe angenommen hatte. Plötzlich kam die Zelle — inmitten dieses Befruchtungsprozesses — zu einem Stillstande. Bei ein wenig sorgfältigerer Beobachtung entdeckte ich, daß das männliche Element mit dem weiblichen durch zarte, dunkelfarbige Litzen in Verbindung trat. Diese Litzen schienen dann kürzer zu werden und auf diese Weise das männliche Element in das weibliche hineinzuziehen. Im nächsten Stadium war kein maskulines Element sichtbar, nur befanden sich im weiblichen tiefdunkle Punkte, die ohne Zweifel das erstere repräsentierten.

Das Ganze der chromatischen Netzbildung transformiert sich schließlich in eine sehr dunkelfarbige Masse, deren einer Teil der Peripherie der Zelle anhaftet; eine solche Zelle ist unzweifelhaft die Zygote. Die

Digitized by Google

befruchteten Feminini oder Zygoten sind von den Gametozyten daran zu unterscheiden, daß bei den ersteren der Hintergrund der Zelle farbig ist, wohingegen die letzteren klar bleiben. Eine Zeitlang glaubte ich, daß Feminini sich durch einen Divisionsprozeß — Parthenogenesis — vervielfältigen könnten, da ich größere, ovalförmige Körper mit einem verlängerten chromatischen Netzwerke auf jeder Seite, die sich ganz deutlich voneinander unterschieden, beobachtet hatte; eine Division vollzieht sich alsdann, durch die zwei weibliche Gameten geformt werden, doch sind in diesen Körpern keine Blepharoblasten zu sehen. Ich halte es jedoch sehr wohl für möglich, daß, was ich für Parthenogenesis angesehen, in Wirklichkeit die mitotische Division einer Plasmazelle gewesen ist, besonders da bei der Färbungsmethode mit Boraxmethylenblau in vivo einige Stadien in der Plasmazellenformation eine starke Ähnlichkeit mit den weiblichen Körpern aufweisen.

Die Zygote geht Division und Subdivision ein, bis sich schließlich die Sporoblasten gebildet haben, die wiederum durch einen weiteren Divisions- und Subdivisionsprozeß in loco Sporozoiten veranlassen mögen, oder es kann auch vorkommen, daß einige Sporoblasten den Ookineten verlassen und sich außerhalb der Zelle entwickeln. Dies erklärt die nicht selten sichtbaren kleinen Sporozysten.

Die Zygote kann manchmal, wenn in vivo gefärbt, mit roten, ihren Kern ausstoßenden Blutkörperchen verwechselt werden, da ich nicht selten kernhaltige rote Blutkörperchen in syphilitischen Lymphdrüsen gefunden habe. Die Keimzysten können gelegentlich auch mit in der Entwicklung begriffenen granulierten Leukozyten verwechselt werden, doch sowohl Färbung, Bewegung als auch die Größe der Granula dienen schnell genug zum richtigen Erkennen, weiter noch, daß die Sporozysten keine Kerne aufweisen. Ebenso ist es möglich, die jungen weiblichen Gametozyten für die sich entwickelnden mononukleären Leukozyten zu halten, die letzteren haben aber kein chromatisches Netzwerk, und die dunkelfarbigen Massen, aus denen sie bestehen, befinden sich fast immer in der Peripherie der Zelle selbst, wodurch eine oder mehrere dieser Massen halbmondförmig gestaltet zu sein scheinen. Die vollentwickelten weiblichen Gametozyten können mit den roten Blutkörperchen, die ein pseudochromatisches Netzwerk aufweisen, verwechselt werden; sie sind zu unterscheiden, daß bei den letzteren der Hintergrund der Zelle farbig ist, das pseudochromatisches Netzwerk keine definitive Form zeigt, und oft mit dunkelfarbigen Granulationen punktiert ist. Die einzige andere Schwierigkeit, der man begegnen könnte, ist die schwache Ähnlichkeit zwischen gewissen endothelialen Zellen und solchen bindegewebigen Zellen, die die syphilitischen Körper bergen. Die Massen innerhalb der

Digitized by Google

endothelialen Zellen sind protoplasmaartig, sie sind in keiner bestimmten Weise im Innern der Zelle arrangiert, und sie besitzen nicht immer eine definitive Form, wohingegen die syphilitischen Körper in einem Teil der Zelle eingekapselt sind und jeder Körper seine eigene charakteristische Form aufweist. Nur in GIEMSA-gefärbten Exemplaren und in Schnitten kann eine derartige Schwierigkeit begegnen. Im ersten Falle sollten Körper nur dann als parasitisch angesehen werden, wenn sie einen Hintergrund haben, der — wie im Falle meiner Exemplare — fast der Farbe von roten Blutkörperchen gleicht. Bei Schnitten ist die Unterscheidung noch bedeutend leichter. Die endothelialen Massen färben sich blendend transparentrot (Pyronin) und sehen aus, als hätten sie nicht den geringsten Farbengehalt in sich, das Zentrum ist gewöhnlich klar, oder — besser gesagt — die Peripherie ist der am tiefsten gefärbte Teil; außerdem färbt sich ein Teil der Massen mit einem brillanten Grün (Methylgrün), das allein bezeugt, daß sie nicht parasitisch sind. Die syphilitischen Körper sind von rosaroter Farbe mit rotem Hintergrund, und der nukleäre Teil ist meistens nahe dem Pole situiert, ist exzentrisch placiert und außergewöhnlich dunkel gefärbt, und viele sind von einem klaren Ringe oder Halo umgeben. Die Endothelialkörper sind zweifellos sich entwickelnde Lymphozyten.

Die gesamte Lebenshistorie des syphilitischen Schmarotzers kann — alle Erwartungen übertreffend — in einem Schnitt entweder von der das primäre Geschwür dränierenden lymphatischen Drüse oder im primären Geschwür selbst verfolgt werden, wenn sie während des Stadiums allgemeiner Infektion entfernt und mit Pyronin und Methylgrün gefärbt sind. In vielen Schnitten von Schankern und Hautläsionen sind die Knäuel deutlich erkennbar. Neuerdings habe ich versucht, Ausstriche mit GIEMSA zu färben, nachdem sie im feuchten Zustande fixiert waren, daraufhin erst eine heiße und dann eine kalte alkoholische Lösung von Ätzsublimat erhalten hatten und schließlich vor der Färbung mit LUGOLscher Lösung und Natrium-Thiosulfat behandelt. Diese Methode ist unzweifelhaft besser als die alte, aber sie ist umständlicher und kann somit — vom praktischen Standpunkte aus — nicht an die Färbungsmethode mit Boraxmethylenblau in vivo heranreichen. Es muß in Betracht gezogen werden, daß der Eindruck, den diese Körper erwecken, davon abhängt, wie sie gefärbt sind.

Gestützt auf diese Beschreibung der Lebenshistorie des Organismus der Syphilis glaube ich berechtigt zu sein, ihn in die Klasse der Sporozoen und innerhalb dieser in die Unterklasse der Telosporidien einzureihen, da die Sporen erst am Schlusse des Zyklus entstehen. Die Ordnung ist unzweifelhaft die der Kokzidien, und die geeignetste Spezies ist das

Digitized by Google

Leukozytozoon, weshalb ein angemessener Name für den syphilitischen Parasiten sein würde: Leukozytozoon syphilidis.

Zur Bekräftigung des Vorstehenden möchte ich noch erwähnen, daß ich in vivo gefärbte Körper in den Lymphdrüsen von Ratten fand, die an einer durch Trypanosoma Rhodesiense bewirkten Infektion verendeten, die von den syphilitischen Makrogametozyten und Zygoten kaum zu unterscheiden sind, und daß ich die Imprägnierung derselben durch den Makrogameten beobachtet habe, die in allen Einzelheiten der Befruchtung mit den bei der Syphilis beschriebenen übereinstimmte. Außerdem, was viel wichtiger ist, habe ich die oben beschriebenen Körper in zahlreichen Kontrollen niemals gefunden.

Für in vivo-Färbung habe ich meistens die Boraxmethylenblaumethode angewendet, für fixierte Ausstriche gebrauchte ich die verschiedenen Modifizierungen der Romanowsky-Färbung und für Schnitte alle bekannten und gewöhnlich angewendeten Methoden. Die Photographien stammen von Schnitten, die mit Pyronin und Methylgrün gefärbt sind, da für das Hervortreten der syphilitischen Körper keine Methode besser geeignet ist, als die Pappenheim-Unnasche Färbung. Die Parasiten können auch in Schankerschnitten und den verschiedenen syphilitischen Hautläsionen beobachtet werden, weshalb wir nunmehr in der Lage sind, ein syphilitisches Granulom von irgend einem anderen zu unterscheiden.

In den ersten aktiven syphilitischen Läsionen sind die Sporozoiten außergewöhnlich deutlich zu sehen und ist in fast jedem Exemplar eine Spirale und eine Sporozyste zu finden. In einigen der Drüsen, die ich untersucht habe, fand ich fast nichts anderes als Spiralen, manchmal fünf oder mehr in einem Felde. In den meisten Exemplaren finden sich die weiblichen Gametozyten und Zygoten in Überfluß, und scheint es, daß weder Salvarsan noch Quecksilber ihnen vollkommen etwas anzuhaben vermag, da ich sie in fast jeder von mir untersuchten Lymphdrüse von Patienten, die von einer bis zu zehn Salvarsaneinspritzungen gehabt hatten, gefunden habe. Sie sind ebenso allgemein in Fällen, in denen keine Symptome vorhanden sind, als in Fällen, die Symptome zeitigen, und es ist unmöglich, die Existenz einer Verbindung zwischen ihrem Vorhandensein und dem Resultat der Wassermannschen Reaktion zu entdecken.

Zum Schluß möchte ich darauf hinweisen, daß E. H. Ross, der seit September v. J. den Gegenstand bearbeitet hat, durch seine Gallertemethode, wenn auch nur zum Teil, bestätigt hat, was ich hier ausführte.

Die Entwicklung von Spirochäten aus einer Spirale ist durchaus nicht neu, denn sie wurde im Jahre 1891 bei Gelegenheit der Spirochaeta Ziemanni ausführlich beschrieben. Auch muß in Betracht gezogen

Digitized by Google

werden, daß die Organismen infolge der Behandlung vermittels der Gallertemethode bald absterben und daher die Befruchtung und die Entwicklung der verschiedenen Phasen nicht so zufriedenstellend demonstriert werden können, als vermittels der allbekannten Boraxmethylenblau-Färbungsmethode in vivo.

Wenn, was ich hier ausgeführt habe, richtig ist, so dürfte die Entdeckung schon durch die eine Tatsache allein von weitgehendstem Interesse sein, daß nämlich die ganze Lebenshistorie eines Protozoons in einem fixierten Exemplare verfolgt werden kann, und zwar vermittels der feinen differentiellen Färbung mit Pyronin und Methylgrün, eine Methode, die bisher noch nicht bei protozoologischen Arbeiten angewendet worden ist.

Erklärung der Tafeln.
(X, 1500.)

Tafel 1. Fig. 1. Schnitt von einer spätluetischen Hautläsion mit Methylgrün und Pyronin gefärbt. A. Ein männlicher Gametozyt. B. Ein männlicher Gametozyt, der in einen großen, einkernigen Lymphozyten eingetreten ist. C. D. E. Knäuel. — Fig. 2. Schnitt von einer inguinalen Drüse, welche 48 Stunden nach der ersten Injektion von Salvarsan entfernt wurde, Färbung mit Methylgrün und Pyronin.

Tafel 2. Fig. 1. Trophozoit in einer Bindegewebszelle. — Fig. 2. Weitere Entwicklung eines Trophozoiten zur Formation des sexuellen Merozoiten in einer Bindegewebszelle. — Fig. 3. Trophozoit in einer Bindegewebszelle. — Fig. 4. Die binäre Teilung des Trophozoiten. — Fig. 5. Erste Subdivision des Trophozoiten. — Fig. 6. Zweite Subdivision des Trophozoiten.

Tafel 3. Fig. 7. Eine geschlechtslose Sporozyste in einer Bindegewebszelle. — Fig. 8. Ein männlicher Gametozyt. — Fig. 9. Ein männlicher Gametozyt, der in einen großen, einkernigen Lymphozyten eingetreten ist. — Fig. 10. Ein männlicher Gametozyt, der sich zu drei birnenförmigen Körpern entwickelt hat. — Fig. 11. Die spätere Entwicklung des männlichen Gametozyten. — Fig. 12. Ein Knäuel.

Tafel 4. Fig. 13. Ein weiblicher Gametozyt. — Fig. 14. Ein befruchtetwerdender weiblicher Gametozyt, links oben ist der männliche Teil und rechts unten der weibliche Teil mit den Litzen inzwischen zu bemerken. — Fig. 15. Eine Zygote. — Fig. 16. Erste Division der Zygote. — Fig. 17. Die sich entwickelnden Sporoblasten. — Fig. 18. Weitere Entwicklung der vorhergehenden Abbildung.

Tafel 5. Fig. 19. Eine Sporozyste. — Fig. 20. Eine Sporozyste mit einem entschlüpfenden Sporoblast. — Fig. 21. Ein Sporoblast. — Fig. 22. Ein Sporozoit und ein Sporoblast. — Fig. 23. Die Teilung eines Sporoblasten. — Fig. 24. Sporozoiten von einem Sporoblast entwickelt.

Die sämtlichen Photographien stammen von verschiedenen syphilitischen Schankern, Drüsen und Hautläsionen.

Digitized by Google

Fig. 1.

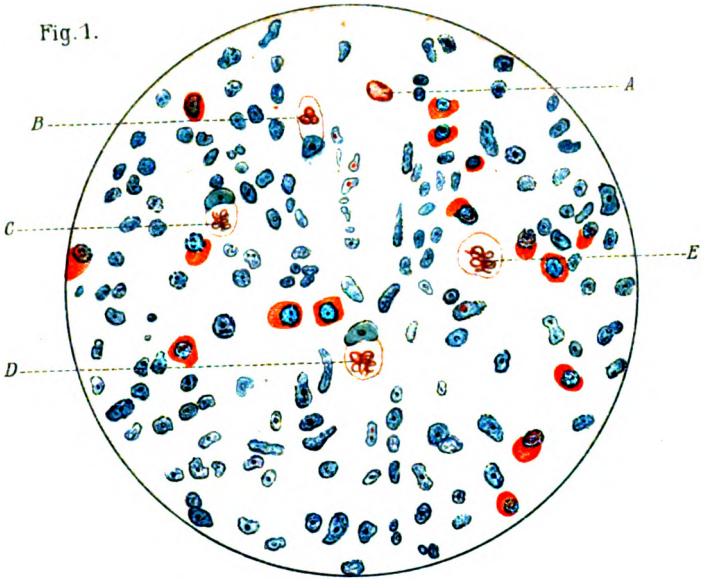
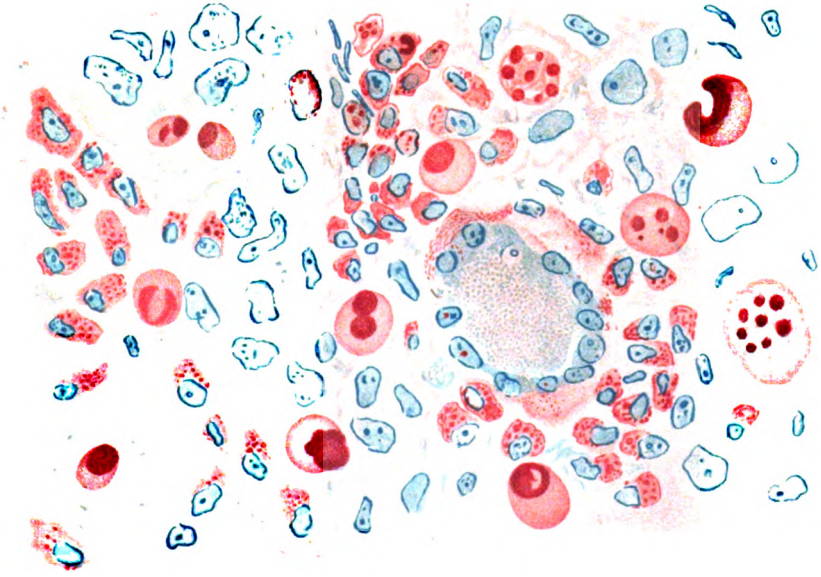


Fig. 2.



Donagh.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig und Hamburg.

Lith. Anst. v. Johannes Arndt, Jena

Digitized by Google

Digitized by Google

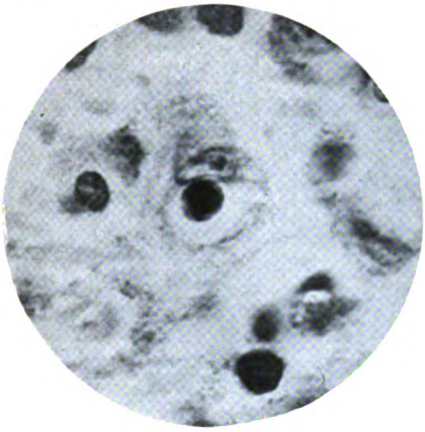


Fig. 1.

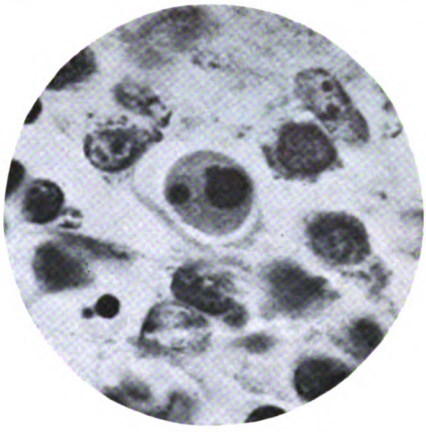


Fig. 2.

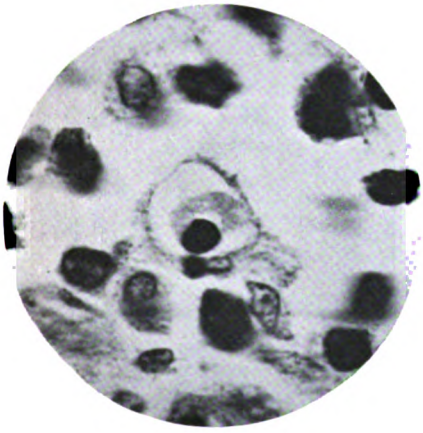


Fig. 3.

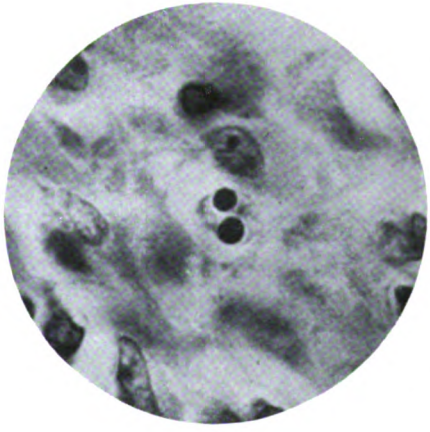


Fig. 4.

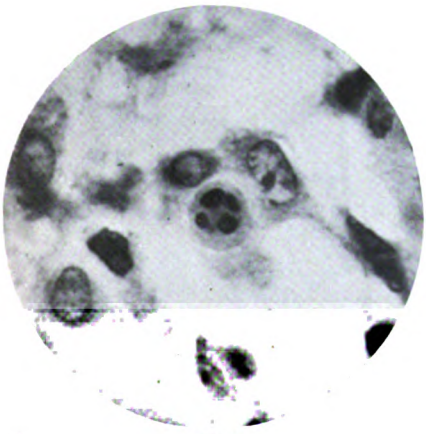


Fig. 5.

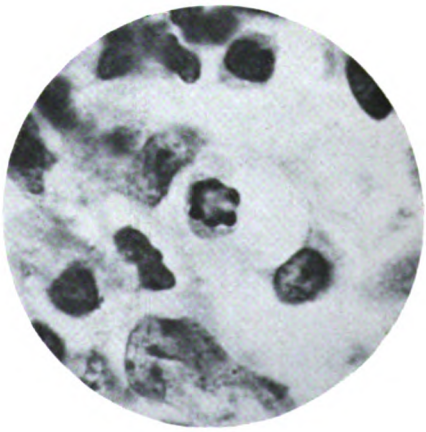


Fig. 6.

McDonagh.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig und Hamburg.

Digitized by Google

Digitized by Google

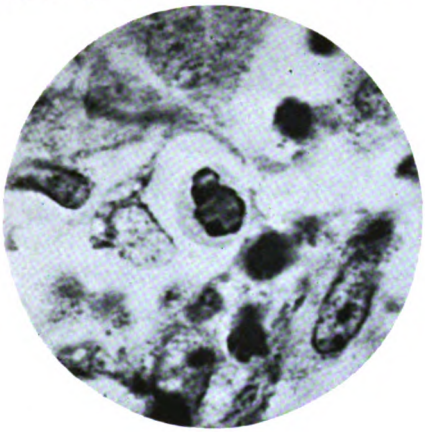


Fig. 7.

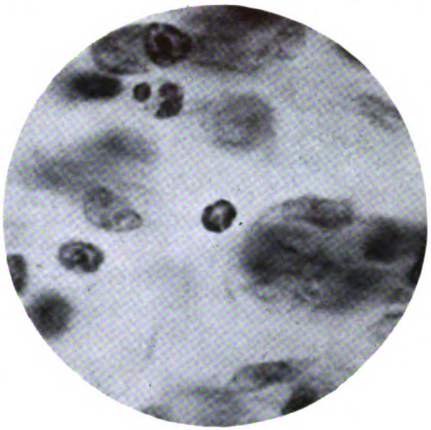


Fig. 8.

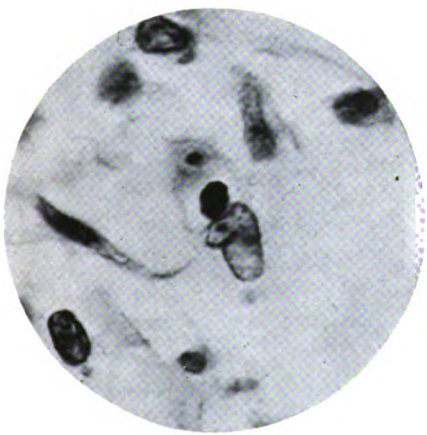


Fig. 9.

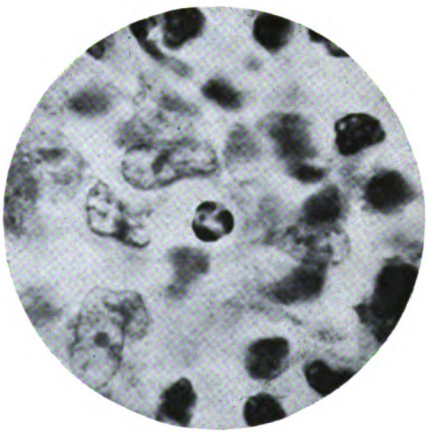


Fig. 10.

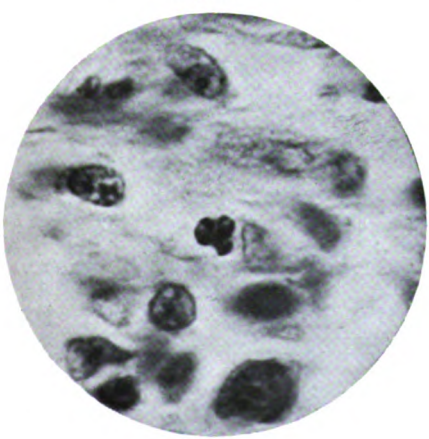


Fig. 11.

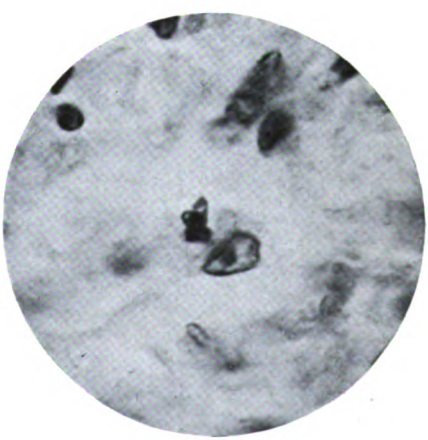


Fig. 12.

Digitized by Google

Digitized by Google

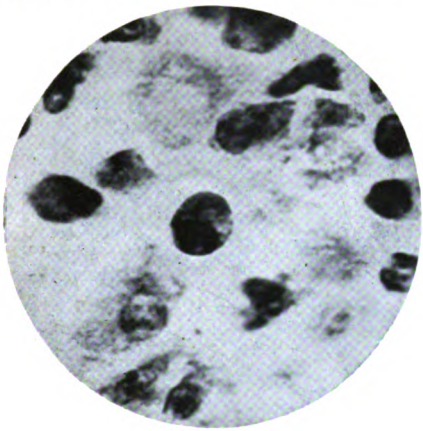


Fig. 13.

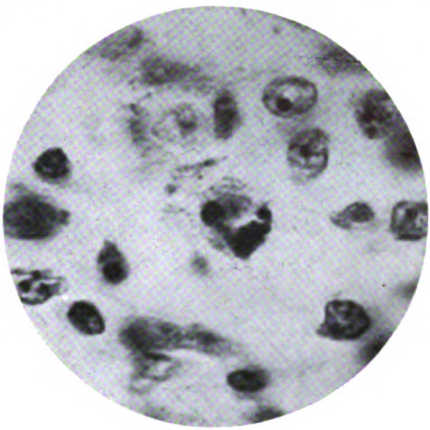


Fig. 14.

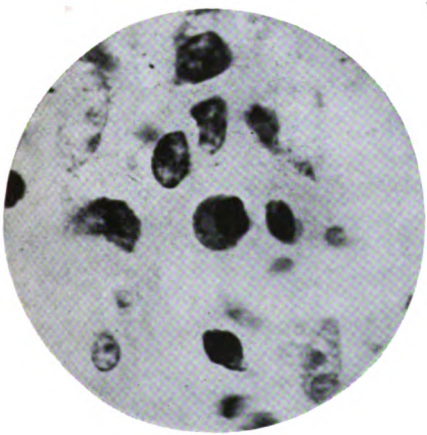


Fig. 15.

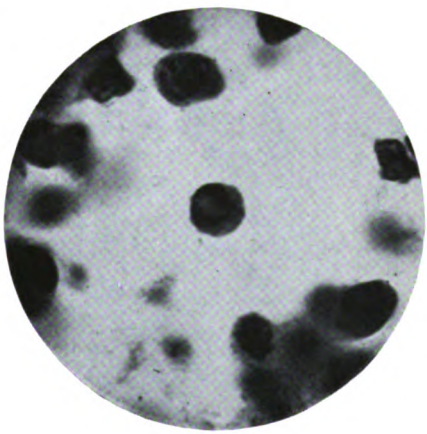


Fig. 16.

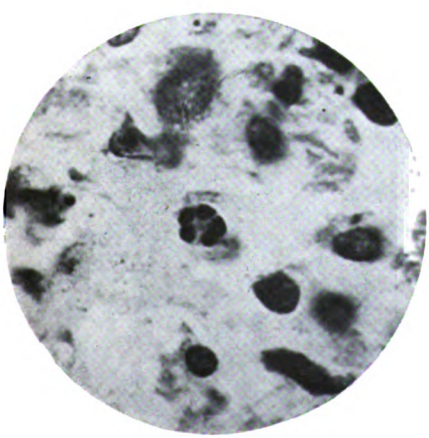


Fig. 17.

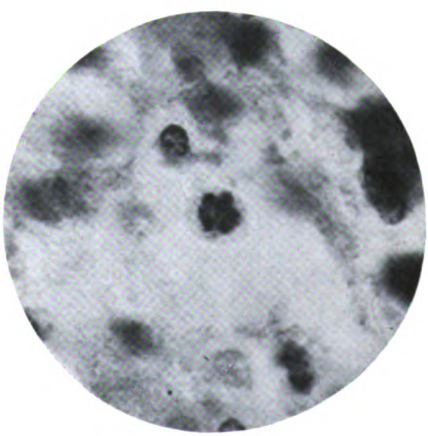


Fig. 18.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig und Hamburg.

Digitized by Google

Digitized by Google

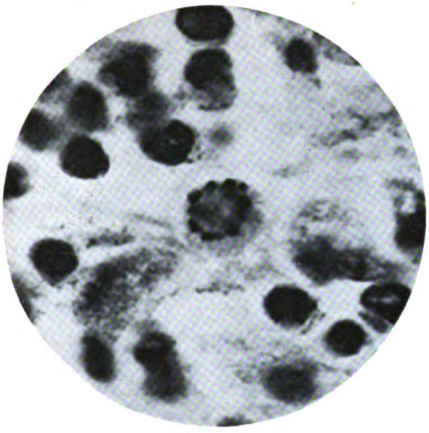


Fig 19.

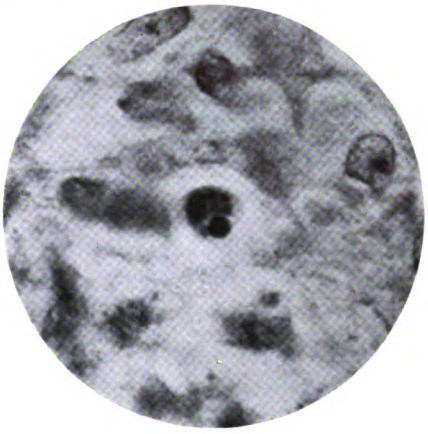


Fig. 20.

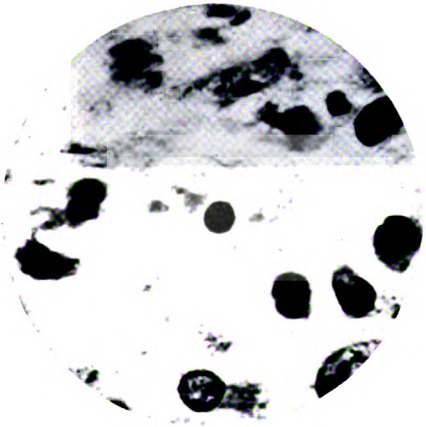


Fig. 21.

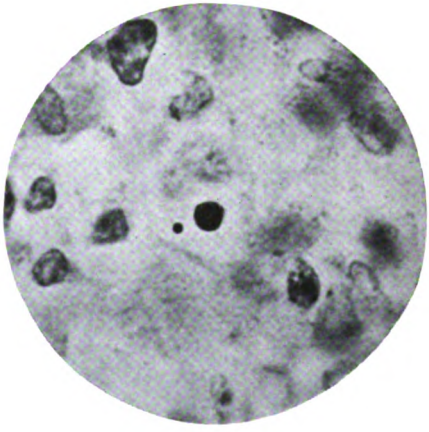


Fig. 22.

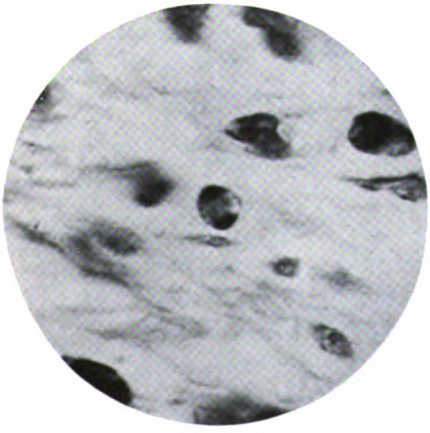


Fig. 23.

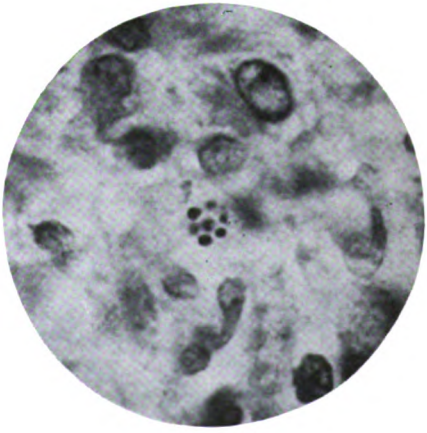


Fig. 24.

Digitized by Google

Digitized by Google

Ein Fall von Hidradenoma eruptivum Darier und Jacquet (Syringozystadenom). Behandlung mittels Röntgenstrahlen [1]).

Von

Dr. Menahem Hodara, Konstantinopel.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. R. Frühwald, Leipzig.)

(Mit 3 Abbildungen.)

Die vorgestellte 55jährige Patientin leidet an einer seltenen Hautkrankheit, die zum ersten Male 1887 von Darier und Jacquet unter dem Namen „Hidradénomes éruptifs" und später von Unna und Philippson als Syringom oder Syringozystadenom beschrieben wurde. Man sieht auf der vorderen und den seitlichen Teilen des Thorax eine große Menge, mehr als 100, disseminierter, kleiner Knoten von Erbsen- bis Bohnengröße, die mehrere Millimeter über das Hautniveau emporragen. Sie sind von verschiedener Farbe, die einen sind blaß, gelblich, wachsartig, die anderen rötlich oder bläulichrot. Sie sind alle von derber Beschaffenheit. Eine große Anzahl der Knoten ist konfluiert und bildet auf der unteren und seitlichen Thoraxseite einen großen Herd mit derben, erhabenen, stellenweise polyzyklischen Rändern. In seinem Zentrum sieht man auch geschwollene, erhabene, gelb oder rot gefärbte Stellen, manchmal auch Ulzerationen. Der ganze Herd ist von brettharter Beschaffenheit. Ich kenne diese Frau erst seit einer Woche; sie gab an, daß die Krankheit vor 17 Jahren mit einem kleinen Knoten an der rechten Brustwarze begonnen habe, der durch 8 bis 10 Jahre persistierte. Erst seit 5 oder 6 Jahren hat die Krankheit an Ausdehnung gewonnen, indem eine große Anzahl neuer Knoten auftrat, die zum Teil konfluierten und den erwähnten großen Herd bildeten. Die Kranke erfreut sich sonst völliger Gesundheit, die regionären Lymphdrüsen sind nicht geschwollen. Die Krankheit hat ersichtlich einen gutartigen Verlauf, da sie ohne Folgen schon seit 17 Jahren besteht. Es ist auch niemals eine bösartige Veränderung beobachtet worden, ausgenommen in einem Falle von Hallopeau, wo neben den Hidradenomen auch maligne Degeneration auftrat. Doch ist dieser Fall ganz vereinzelt, da das Leiden sonst sehr lange ohne Schädigung der Gesundheit bestehen kann.

Kaposi und Biesiadecki hatten zuerst die Krankheit als Lymphangioma tuberosum multiplex, Jarisch als Haemangioendothelioma tuberosum multiplex beschrieben: denn diese Autoren waren der Meinung, daß die Knoten von dem Endothel der Blut- bzw. Lymphgefäße ausgingen. Heute sind aber fast alle Verfasser der Ansicht, daß die Tumoren von versprengten Keimen oder von Rudimenten von Schweißdrüsenkanälchen abstammen und es wurde daher allgemein die Bezeichnung Syringom oder Syringozystadenom angenommen. In den bisher beschriebenen Fällen waren die Knoten disseminiert, ihre Lieblingslokalisation ist das Sternum, wie auch in unserem Falle; aber die Konfluenz vieler Knoten zu einem großen, teilweise ulzerierten Herde mit erhabenem, polyzyklischem Rande gibt unserm Falle ein spezielles Gepräge. Klinisch

[1]) Nach einem Vortrage in der kaiserl. med. Gesellschaft zu Konstantinopel.

Digitized by Google

sieht die Krankheit einem Xanthoma papulosum tuberosum zum Verwechseln ähnlich; aber die histologische Untersuchung eines exzidierten Knotens zeigte, daß der Knoten im unteren Teile der Kutis und in der Subkutis sitzt.

Der Tumor ist scharf umschrieben, die obere Kutis und die Epidermis sind völlig intakt und haben keinen Teil an seiner Bildung. Er besteht aus einem Konglomerat zylindrischer oder runder Epithelzellen, in Zügen und Schläuchen angeordnet, meistens longitudinal oder auch nach allen Richtungen gekrümmt oder verschlungen. Manchmal sind sie auch isoliert, etwas voneinander entfernt oder auch aneinandergereiht

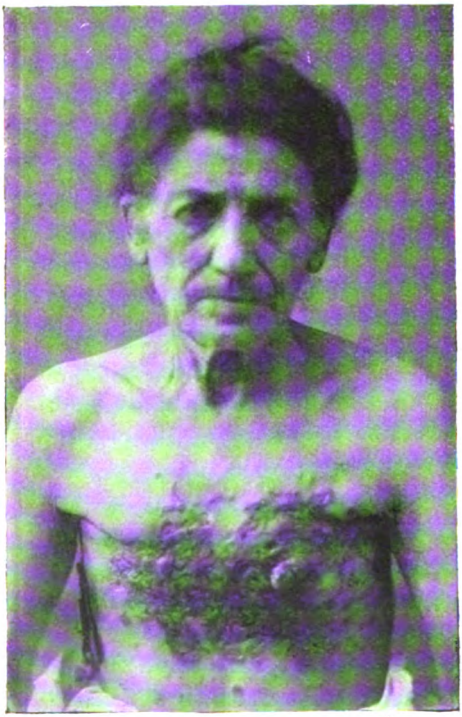


Fig. 1.

Fig. 2.

und haben das Ansehen, das Kaliber und die Form von Schweißkanälen mit zwei bis drei Reihen kubischer Zellen mit rundem Kern, analog den Schweißdrüsenzellen. Mehrere dieser epithelialen Haufen haben ein Lumen, eine Membrana propria und manche eine Membrana limitans wie die Schweißdrüsen; man sieht auch zahlreiche Mitosen in ihnen. Manche dieser Zellhaufen sind zystisch dilatiert, ihr Lumen zum Teile oder gänzlich mit einer homogenen, glänzenden Masse gefüllt. Je nachdem die Schnittführung diese Haufen trifft, bieten sie verschiedene Bilder dar. Im Zentrum erscheinen sie als Kanäle mit einem zentralen Lumen; trifft der Schnitt die seitlichen Teile, erscheinen sie als solide Zellzüge ohne Lumen oder man sieht eine Zentralpartie mit einem Lumen und

Digitized by Google

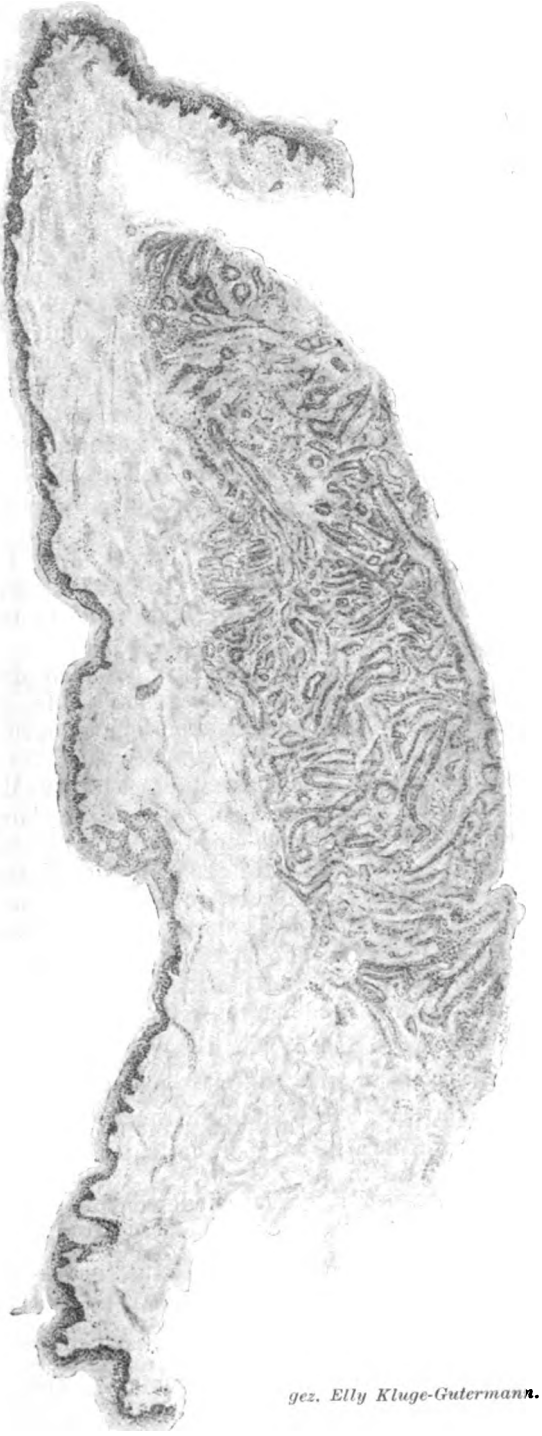


Fig. 3.

Der Tumor sitzt in der Subkutis und ist aus Schweißdrüsenkanälen zusammengesetzt. Man sieht Haufen zylindrischer Epithelzellen nach allen Richtungen ziehen, die nach Form und Kaliber den Schweißdrüsen gleichen; stellenweise sind sie dilatiert und in Zysten mit homogenem, glänzendem Inhalt verwandelt. Die Epidermis und die Kutis nehmen an der Tumorbildung nicht teil, und man sieht nur perivaskuläre, entzündliche Erscheinungen.

Digitized by Google

eine laterale Partie der Wand ohne Lumen. Wenn der Schnitt die Wand mehrerer dieser dichtgedrängten Zellschläuche trifft, so repräsentieren sie sich als große Zellmassen. An einer Stelle des Präparates sieht man den Ursprung des Knotens, nämlich einen Schweißdrüsenkanal, der von dem Tumor aus durch die ganze Kutis bis in den Papillarkörper aufsteigt.

In der Kutis und im Papillarkörper sieht man entzündliche Erscheinungen; die subkutanen und papillaren Gefäße zeigen Wandverdickung, indem die peritelialen Zellen proliferiert und in parallelen Reihen angeordnet sind. Um die Blutgefäße herum und im Gewebe verstreut sieht man kleine, runde, lymphozytäre Zellen. Die Bindegewebszellen in der oberen Kutis sind proliferiert und hypertrophiert. In einigen Gefäßen sieht man Stase eines lymphozytenreichen Blutes und in anderen verschiedene Formen von Erythrozyten-, Lymphozyten- und hyalinen Thromben. Auch das Blut ist alteriert; die roten Blutkörperchen sind in unregelmäßige Massen zerfallen, konfluieren zu großen Haufen und bilden die Erythrozytenthromben. Ferner sieht man in manchen Gefäßen mit Methylenblau oder mit Hämatoxylin — Tannin — Fuchsin gefärbte Lymphozyten oder solche, die im Begriffe sind, sich in isolierte oder konglomerierte, glänzende, hyaline Schollen zu verwandeln, die dann die hyalinen Thromben bilden. Diese Erythrozyten- und hyalinen Thromben sind stellenweise von fibrinösen, granulierten und fibrillären Massen durchsetzt. Die Epidermis ist leicht hypertrophisch und hyperplastisch und zeigt geringes inter- und intrazelluläres Ödem. Die Körner- und die Hornschicht sind leicht verdickt; nur stellenweise hat sich durch das Ödem und die abnormale Keratinisation eine desquamierende, parakeratotische Schicht gebildet, die sich infolge der Bildung einer neuen Körner- und Hornschicht abstößt.

Ein zweites, exzidiertes, sehr erhabenes Stück aus der Mitte des großen Herdes zeigt dieselben Veränderungen, wie das vorhergehende mit dem einen Unterschiede, daß bei den kleinen isolierten Tumoren die neoplastische Masse die Subkutis und die unteren Teile der Kutis befällt, während bei einem Knoten aus dem konfluierten Herde der aus proliferierten Schweißdrüsenkanälen bestehende Tumor auch die mittleren und oberen Schichten der Kutis bis zum Papillarkörper einnimmt und die Epidermis komprimiert, die stellenweise abgeflacht ist. Aber nirgends nimmt die Epidermis an der Tumorbildung teil.

Einige Autoren sehen die beste Behandlung dieser Syringozystadenome in ihrer Zerstörung durch Exzision oder durch Galvano- oder Thermokauterisation mittels Elektrolyse. Ich will die Kranke mit Röntgenstrahlen behandeln und werde später darüber berichten.

Nachtrag bei der Korrektur. Seit Niederschrift meiner Mitteilung, d. i. seit nahezu zwei Monaten, steht die Kranke in Behandlung mittels Röntgenstrahlen. Man kann jetzt bereits eine weitgehende Besserung konstatieren. Die Tumoren sind stark abgeflacht und die Ulzerationen des großen Krankheitsherdes vernarbt, so daß vollständige Heilung des Leidens zu erwarten steht.

Digitized by Google

Aus der Röntgenabteilung der Dermatologischen Poliklinik von Prof. Dr. MAX JOSEPH, Berlin und Dr. CONRAD SIEBERT, Charlottenburg.

Über erfolgreiche Behandlung des Hidrocystoma tuberosum multiplex.

Von

Prof. Dr. MAX JOSEPH und Dr. CONRAD SIEBERT.

Dank der allseitigen regen wissenschaftlichen Tätigkeit auf dem Gebiete der Röntgentherapie sind wir zwar jetzt darüber auf das genaueste unterrichtet, was wir von der Röntgenbehandlung bei den einzelnen vulgären Dermatosen zu erwarten haben. Indessen sehen wir doch, daß sich bei den seltenern zur Beobachtung gelangenden Hautkrankheiten, das Indikationsgebiet noch bedeutend erweitern läßt, zumal gerade diese häufig jeder althergebrachten Therapie trotzten. Wir verweisen hier als Beispiel auf die erfolgreiche Behandlung der DARIERschen Dermatose, über die kürzlich HANS RITTER[1]) berichtet hat.

Auch wir waren in der glücklichen Lage bei einer selten vorkommenden Dermatose, bei einem Hidrozystom, Röntgenstrahlen mit Erfolg anzuwenden.

Das Hidrozystom unterlag lange Zeit einer verschiedenen histogenetischen Deutung, woraus sich die verschiedenen Namen für die Krankheit herleiten.

Die von KAPOSI gewählte Bezeichnung Lymphangioma tuberosum multiplex erklärt sich daraus, daß BIESIADECKI auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen glaubte, die endotheliale Abstammung der kleinen Geschwülste beweisen zu können. Indessen haben spätere eingehende Untersuchungen den epithelialen Ursprung der Geschwulstzellen, und zwar von den Schweißdrüsen abstammend, festgestellt. Man ist wohl heute allgemein zu der Ansicht gelangt, daß es sich hierbei um Naevi tardivi handelt, welche von abnorm angelegten Schweißdrüsen abstammen.

Der eine von uns (JOSEPH) hat schon früher aus unserer Poliklinik anatomische Untersuchungen durch WILHELM STOCKMANN[2]) veröffentlichen lassen, wonach die Entstehung der Geschwülste wohl in folgender Weise zustande kommt. Abnorm angelegte Schweißdrüsen werden schon in ihrem Embryonalstadium gehemmt, indem sie kompakte Zellzüge bilden, welche von der Epidermis in die Kutis hineinwachsen. In dem oberen und mittleren Teil des Stratum reticulare verzweigen sie sich nach verschiedenen Richtungen; und durch Zellvermehrung entstehen in denselben Zellnester, welche allmählich zu Zysten umgebildet werden, teils durch

[1]) Derm. Wochenschr., Bd. 54, 1912. — [2]) Arch. f. Derm., Bd. 92, 1908.

Digitized by Google

Degeneration der zentralen Zellen, teils durch Stauung von Sekret, das in zu Entwicklung gekommenen sezernierenden Drüsenzellen gebildet wird, oder es können die Zysten durch Zusammenwirken beider Prozesse zustande kommen. Indem die Zysten sich weiter entwickeln und vergrößern, werden die sie verbindenden Zellstränge immer schmäler, und bald ist kein Zusammenhang mehr weder unter den Zysten noch mit der Epidermis wahrzunehmen. Die Zellstränge sind jetzt nur als kurze von den Zysten ausgehende Ausläufer und bisweilen als verlängerte Interpapillarzapfen zu sehen. Andere abnorm angelegte Schweißdrüsen können sich so weit entwickeln, daß sie normal aussehende und sezernierende Drüsenknäuel bilden. Von dem Ausführungsgang aber, der mit Lumen versehen ist und im übrigen nicht viel vom normalen abweicht, entwickeln sich durch Knospung und Zellwucherung Zellstränge, welche in die Umgebung hineinwachsen. Meistens kommen diese in dem mittleren Teil des Koriums vor, können aber auch von der Basis des Schweißdrüsenausführungsganges ausgehen. Diese Stränge verhalten sich dann ganz in derselben Weise wie die aus den im Embryonalstadium gehemmten Schweißdrüsenanlagen hervorgehenden.

Hat man nun bereits mehrfach die Anfangsstadien und den späteren Verlauf solcher Fälle von Hidrozystoma gesehen, so ist die klinische Diagnose nicht schwierig. Gewöhnlich entwickelt sich ganz allmählich ein knötchenartiges Exanthem von den Schlüsselbeinen abwärts sich allmählich wie ein demi-cuirasse über den ganzen Rumpf ausdehnend. Natürlich ist es angenehm, wenn man in jedem einzelnen Falle auch die klinische Diagnose durch die mikroskopische erhärten kann. Aber zumal in der Privatpraxis ist dies oft unmöglich, und so ging es uns auch mit einer Patientin aus der Klientele des einen von uns (Joseph), welche durchaus nicht zur Exstirpation eines noch so kleinen Tumors zu bewegen war.

Es handelt sich um eine 32jährige Frau. Das Leiden bestand seit dem 16. Lebensjahre. Befallen waren Hals, Brust, Rücken, Bauch, Oberschenkel, Unterarme, Handrücken, in fast ausgesprochen symmetrischer Verteilung. An den Extremitäten waren besonders die Innenflächen erkrankt. Es handelte sich um kleine, wenig aus der Haut hervorragende glatte derbe Knötchen, von leicht bräunlicher am Halse und an den Innenseiten der Extremitäten von stark dunkel brauner Farbe. Diese Knötchen bedeckten zu hunderten die in Frage kommenden Partien und präsentierten sich dem darüber fahrenden Finger als geringe Verdickungen im Korium. Nach intensivem Glasdruck blieb immer noch eine kleine, bräunliche Pigmentierung zurück. Subjektive Beschwerden veranlaßte die Erkrankung nicht, nur konnte P. den jeweiligen Damenmoden nicht nachgehen, da sie Hals und Unterarme nicht entblößt tragen konnte.

Da Patientin sehr ängstlich war und durch die im Publikum heutzutage häufig vorhandene Aversion gegen die Verwendung von Röntgenstrahlen beeinflußt war, so wurde sie zunächst von dem einen von uns (Siebert) an den Unterarmen sehr vorsichtig nach der von Frank Schultz angegebenen fraktionierten Dosierung behandelt. Sie erhielt bei den einzelnen Sitzungen $^1/_3$ Volldosen nach Sabouraud-Noiré. Die Röhre war eine kleine Burgersche Therapieröhre von der Härte 6—7. Der ersten Sitzung folgte eine zweite nach einer Woche und dieser eine weitere nach 14 Tagen, so daß Patientin in drei Wochen auf jeden bestrahlten Bezirk eine ganze Volldose er-

Digitized by Google

hielt. Schon nach dem ersten Zyklus trat eine ganz bedeutende Besserung ein, die kleineren Knötchen waren verschwunden, die größeren deutlich abgeblaßt. Nach weiteren drei Wochen erfolgte ein anderer Zyklus, der die Besserung weiter führte, und nach einem dritten Zyklus war an den Unterarmen nichts mehr von der Erkrankung zu sehen. In gleicher Weise und mit gleichem Erfolge wurde auch die Behandlung am Halse durchgeführt. Patientin war zu ihrer großen Freude jetzt in der Lage, Blusen ohne hohen Kragen und mit kurzen Ärmeln zu tragen.

Am Stamm und an den Beinen wurde die gleiche Behandlung vorgenommen. Nur an äußeren Umständen scheiterte es, daß der Erfolg hier ein begrenzter war. An der Beeinflussung dieser Partien war Patientin nicht so viel gelegen, und da sie nicht in Berlin, sondern auswärts wohnte, wurde sie in ihrem Erscheinen etwas nachlässig und die Bestrahlungen konnten nicht so regelmäßig durchgeführt werden. Trotz der unregelmäßigen Anwendung der Röntgenstrahlen, die oft durch größere unerwünschte Pausen unterbrochen wurden, gelang es auch diese Stellen zu bedeutender Veränderung zu bringen. Besonders auffällig war die Besserung in den Achselhöhlen, wo die Tumoren sich durch besonders starke Pigmentation auszeichneten.

Nachdem die Geschwülstchen an den Armen ein Jahr lang verschwunden waren, traten sie ganz vereinzelt, aber in nicht mit dem früheren Zustande zu vergleichender Weise, wieder an den Beugeseiten der Unterarme auf. Nach Applikation eines einzigen in der oben angegebenen Weise durchgeführten Bestrahlungsturnus waren sie wieder vollständig verschwunden.

Unsere Erfahrungen lehren also, daß wir bei dieser wegen der kolossalen Anzahl der Effloreszenzen bis dahin als unheilbar geltenden Krankheit in den Röntgenstrahlen einen nicht zu unterschätzenden Heilfaktor besitzen, bei dieser an sich wohl harmlosen Krankheit, die aber gerade bei Frauen durch lediglich kosmetische Störung besonders unangenehm empfunden wird. Wir sind der Überzeugung, daß durch Anwendung stärkerer Röntgendosen die Krankheit auch in kürzerer Zeit als es bei uns der Fall war, beeinflußt werden kann.

Im übrigen ist die in unserem Falle konstatierte günstige Beeinflussung durch Röntgenstrahlen wohl auch in gewissem Sinne zur Erhärtung des oben geschilderten epithelialen Ursprungs zu verwerten.

Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag.
(Vorstand: Prof. Dr. K. KREIBICH.)

Zwei Fälle von Cornua cutanea in systematisierten Naevi sebacei.

Von

Dr. ANTON BERGMANN, Externarzt der Klinik.

Bei einer 20jährigen Prostituierten fand sich vor dem linken Ohre ein etwa 4 cm langer, 2 cm breiter, streifenförmiger Nävus, der nach der Anamnese seit der Geburt oder frühesten Jugend bestehen sollte. Er setzte sich zusammen aus dicht aneinander gelagerten, in der Kutis gelegenen, gelblichweißen Knötchen, über welchen die an-

Digitized by Google

scheinend normale Epidermis, etwas gespannt, hinwegzog und sich in zahlreiche, offenbar Follikeltrichtern entsprechende Grübchen in die Tiefe schlug. Gegen die normale Umgebung bildeten diese gelblichen, etwas stärker glänzenden Knötchen scharf umschriebene Einlagerungen in die Kutis. In der Mitte des Nävus erhob sich die Haut zu mehreren hauthornartigen Gebilden auf und zwischen den oben beschriebenen gelblichen Knötchen. Sie waren verschieden, oft bis zu $^1/_2$ cm hoch, von der Basis aus reichte rings herum die anscheinend noch normale Epidermis etwa bis zur Mitte empor, dann nahm die obere Hälfte Horncharakter an und spaltete sich in mehrere filiforme Anteile; eine stärkere Abschuppung oder Abbröckeln der Hornmassen fand nicht statt. Exzision.

Anatomisch entsprechen den gelben Knötcheneinlagerungen hyperplastische Talgdrüsen, welche in großer Masse und Anzahl fast die ganze Kutis erfüllen, dicht aneinander rücken und daselbst von Bindegewebe, welches etwas reicher an fixen Zellen ist, begrenzt sind; die klinisch konstatierten Poren entsprechen den maximal erweiterten Follikeltrichtern, die Hornmassen, Detritus und Bakterien enthalten. Über diesen Talgdrüsen erhebt sich das Bindegewebe, steil aufsteigende, gestreckte Papillargefäße begleitend, zu den papillaren Hauthörnern und ist im Bereiche derselben von einem hohen, hyperkeratotischen Epithel bedeckt. Dasselbe weist nach einem mehrreihigen Rete eine mehrschichtige Körnerschicht, ein deutliches Stratum lucidum und eine breite Hornschicht auf, welche in den Tälern zwischen den Hauthörnern vollkommen kernlos ist, während auf der Spitze derselben die Kerne der Hornzellen noch als blasser gefärbte Schatten fast in ihrer normalen Größe angedeutet sind. Letztere Schicht gibt deutlich die Hornfärbungen.

Herrn Prof. Elschnig verdanken wir Präparate eines kongruenten Falles. Es handelte sich um eine kleine, umschriebene Affektion, die von der Stirne oberhalb der Augenbrauen exzidiert wurde, wo ebenfalls die gelblichen Knötchen mit deutlichen Poren schon klinisch als Talgdrüsen erkannt wurden, über welchen sich zahlreiche feine, warzige Gebilde erhoben, die auf ihrer Spitze verhornt waren. Auch anatomisch glich dieser Fall dem ersten, nur war die Zahl und Masse der Talgdrüsen etwas geringer, das Zwischengewebe reichlicher. Dasselbe war zu exzesiv langen Papillen emporgewachsen, von welchen die längsten die Achse der Hauthörner bildeten. Das Epithel über denselben war dick, zeigte deutliche Körnerschicht, Stratum lucidum und eine mächtige, wie oben beschaffene Hornschicht. Auch diese Geschwulst soll seit der frühesten Jugend vorhanden gewesen sein.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß hier, soweit sie die Talgdrüsen betrifft, eine Affektion vorliegt, die wir heute als Naevus sebaceus bezeichnen und als solche dem echten und falschen (Morbus Pringle) Adenoma sebaceum gegenüberstellen. Hierfür spricht das Bestehen seit der Geburt oder frühesten Jugend, der in sich geschlossene Herd und die Systematisierung. Da zwei vollkommen gleiche Fälle vorliegen, so kann das Vorkommen von Hauthörnern in diesen Nävi nicht als Zufall

Digitized by Google

aufgefaßt werden. Klinik und Anatomie decken sich mit jenen Hauthörnern, die Marcuse als juvenile Cornua cutanea bezeichnet, und für deren kongenitale Ätiologie derselbe Autor eintritt. Die Kombination beider Affektionen, die in Janovskys Beschreibung des Hauthornes nicht erwähnt ist (vielleicht könnte der Fall von Courtois, Hauthörner aus Talgzysten oder follikulären Zysten, so gedeutet werden), stützt die Ansicht von der Nävusnatur der juvenilen Hauthörner. Nicht ohne Interesse bezüglich des Entstehens der Hauthörner ist noch folgende Beobachtung. Die etwa 30jährige Patientin hatte ursprünglich ein juveniles Hauthorn, nach ihrer präzisen Angabe traten am Ende der Schwangerschaft fast gleichzeitig zu dem bestehenden noch acht Hauthörner, ebenfalls von dem juvenilen Typus, hinzu; sie erreichten durchwegs eine Höhe von fast $^3/_4$—1 cm. Hier müßte ebenso wie bei dem Adenoma sebaceum der Ausdruck „kongenitale Anlage" in „lokale kongenitale Disposition zur Hyperplasie" umgewandelt werden. So wie bei Pigment- und Gefäßnävi wäre auch hier die Gravidität als naheliegender Anstoß zur Hyperplasie anzusehen.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 11. März 1913.

Originalbericht von Dr. O. Sprinz-Berlin.

1. Chajes stellt a) einen Patienten mit den typischen Symptomen der **Dermatitis herpetiformis Duhring** vor. Es handelt sich um einen 41jährigen Korrektor in einer Buchdruckerei, der wegen Epilepsie große Mengen Brom genommen hatte. Es fanden sich bräunliche Effloreszenzen an den Extremitäten. Der nächstliegende Gedanke an eine Form von Bromoderma wurde durch ihre Gestalt zurückgewiesen. Im weiteren Verlaufe stellten sich immer neue Schübe von polymorphen Effloreszenzen besonders an den Extremitäten ein, urticariaähnliche Erhebungen mit entzündlichem Hofe und Blasen verschiedener Größe. Dazu bestand quälendes Jucken und Brennen. Bemerkenswert war das wiederholte Auftreten von Blasen auf der Mundschleimhaut, die meist oberflächlich ulzerierten und wieder abheilten. Wassermannsche Reaktion war negativ. Therapeutisch wurde Besserung erzielt, ohne das Auftreten von neuen Erscheinungen verhüten zu können. Es sollen u. a. noch intravenöse Cl. Na-Infusionen versucht werden.

b) eine Frau mit ausgedehnten Atrophien der Haut (**Akrodermatitis atrophicans Herxheimer**). Pat. gibt an, viel mit Säuren gearbeitet und vor zwei Jahren an nässendem Ausschlag der Hände gelitten zu haben. Die Haut beider Hände und des rechten Unterarmes ist gerötet, verdünnt und faltig, ebenso die Haut über den Knieen und Unterschenkeln; die gleichen Veränderungen finden sich im Gesicht. Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden; der Gesichtsausdruck ist starr, die Sprache etwas verlangsamt. Die Entwicklung eines bulbären Prozesses ist nicht ganz auszuschließen.

Digitized by Google

Pinkus kann sich der Diagnose nicht anschließen, weil zu viel subjektive Beschwerden bestehen, und weil die Zusammensetzung aus lauter kleinen Effloreszenzen nicht dem Bilde der Akrodermatitis entspricht, welche immer eine diffuse Hauterkrankung darstellt.

Bendix, der die Pat. ebenfalls zu beobachten Gelegenheit hatte, sieht den Fall für Lupus erythematodes an, besonders wegen der Veränderung an den Handtellern. Pirquet war negativ.

2. Sprinz zeigt einen 15jährigen Jungen mit einer seit frühester Jugend bestehenden narbigen Alopezie der Kopfhaut. Von der Stirnhaargrenze bis zum Scheitel hin sind die Haare weniger dicht gestellt, ohne daß sich größere kahle Stellen finden. Die Dicke der einzelnen Haare ist durchschnittlich die gleiche wie an den normalen Stellen. Pilze, abgebrochene Haare und aufgequollene Wurzelscheiden finden sich nicht. Die Haut ist an den erkrankten Stellen weniger leicht gegen die Unterlage verschieblich; stärkere perifollikuläre Entzündung ist nicht zu bemerken. Wo die Haare fehlen, ist die Haut weiß glänzend; teils sind die leeren Follikel noch erhalten, teils ist die Haut glatt atrophisch. Wegen der Ähnlichkeit, die diese in frühester Jugend begonnene, anscheinend noch nicht beschriebene Form narbiger Alopezie mit abgelaufenem Favus hat, schlägt Sprinz die Bezeichnung **Oligotrichia atrophicans faviformis** vor.

Chajes hält es trotz negativer Anamnese nicht für ausgeschlossen, daß es sich um den Folgezustand eines trichophytischen Prozesses handelt.

Pinkus sieht die Affektion für eine typische Pseudopelade Brocq an; Heller widerspricht dieser Auffassung mit Rücksicht auf den frühzeitigen Beginn des Leidens und die Form des Krankheitsherdes.

3. Heller zeigt einen jungen Mann, bei dem nach überstandener Variola der größte Teil der Pockennarben in kleine weiße Geschwülste umgewandelt ist.

4. Werther spricht a) auf Grund eines selbstbeobachteten Falles über **Syringadenoma papilliferum.** Ein 45jähriger Arbeiter litt seit frühester Jugend an dichtstehenden Geschwülsten in der Achselhöhle, welche vor zwei Jahren operativ beseitigt wurden, aber bald danach um die Narben rezidivierten. Es sind erbsen- bis kirschkerngroße Knoten, meist isoliert stehend, an der Oberfläche eine erweiterte Pore tragend, z. T. mit Borken bedeckt; die dazwischenliegende Haut ist gerötet. Mit der Epidermis im Zusammenhange finden sich Hohlräume mit Zotten, bestehend aus Epithel und Bindegewebe. Die Epithelauskleidung besteht aus hohem Zylinderepithel und kubischen Epithelien. Die Pore ist von Deckepithel umkleidet. Die Porenerweiterung kommt durch die andrängende Wucherung zustande. Unter den Borken findet sich Parakeratose; das Zylinderepithel ist zweischichtig und nicht gleichmäßig, sondern durch Druck verändert, z. T. eine Kutikula erkennen lassend. Die Geschwülste werden durch diese aneinanderliegenden Hohlräume gebildet. In der Kutis finden sich erweiterte Blutgefäße, daneben noch Haufen nicht differenzierter Epithelzellen, die als Nävuszellen aufzufassen sind. Haare finden sich nicht. Die Schweißdrüsenknäuel liegen zystisch erweitert dicht nebeneinander, z. T. konfluiert; ihr Inhalt ist klar. Die Schweißdrüsenausführungsgänge sind nicht erkennbar. Die Wucherung geht von dem Teil der Epitheldecke aus, welche für die Bildung von Schweißdrüsenausführungsgängen bestimmt war. Es ist ein Adenom der Schweißdrüsen und als ein Nävus zu deuten. Trotz des raschen Wucherns ist eine Bösartigkeit nicht zu konstatieren. Es kommt sekundär zu Entzündung, Erosion und Borkenbildung, selbst blumenkohlartige Wucherungen sind beobachtet worden (Kreibich). Daß Kutikula und Muskelschicht zu erkennen sind, spricht für Abstammung von den Schweißdrüsen. Zum Schluß giebt W. eine Literaturübersicht über die bisher beschriebenen Fälle von **Syringadenomen.**

Digitized by Google

b) Über **Pyämide.** Die Bezeichnung stammt von Merk. Pyämide sind metastatische Hautaffektionen bei Infektionskrankheiten. Die Pyämide treten in den mannigfaltigsten Formen auf, als Erytheme, Purpura, Erythema papulosum, pustulöse und vesikopustulöse Effloreszenzen und große blasenförmige Ablösungen der Epidermis über große Strecken. Zum Begriffe gehört, daß die Hauterkrankung durch dieselben Bakterien bedingt ist wie die Haupterkrankung und daß das Hautleiden eine Sekundärinfektion darstellt. Daneben gibt es noch unklare Fälle, wo sich nur Thromben in den Gefäßen finden. Die Pyämide verhalten sich ähnlich wie die Tuberkulide. W. hatte Gelegenheit, eine Reihe meist tödlich endender Pyämide zu beobachten, deren Verlauf er beschreibt und von denen er vier als zu einem besonderen Typus zusammengehörig auffaßt. In diesen vier Fällen war besonders das Gesicht befallen, und zwar in Schmetterlingsform, ferner die Beugeseiten der Finger und Zehen; es fanden sich Blutaustritte unter die Haut, Abhebung der Epidermis wie bei einer Wasserleiche, Krusten und Rhagaden. Alle vier betrafen Frauen, drei von ihnen sind gestorben. Bei der vierten, einer 40jährigen Patientin, führte nach wochenlangem Eiterfieber die Eröffnung der vereiterten Keilbeinhöhle vollständige Heilung herbei. Es muß daher unser eifriges Bemühen sein, den primären Eiterherd ausfindig zu machen, um den verhängnisvollen Ausgang abzuwenden.

Demonstration zahlreicher Photographien, histologischer Präparate und Moulagen zu beiden Vorträgen.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Februar 1913.

1. Das sogenannte „Ekzema marginatum" von Hebra, von Nicolau-Bukarest. Verfasser gibt zuerst einen historischen Überblick über die Entwicklung unserer Kenntnisse dieser Krankheit. Hebra hat zuerst eine zusammenfassende Beschreibung von ihr gegeben und sie zum Herpes tonsurans gerechnet. In neuerer Zeit hat aber Sabouraud gefunden, daß der veranlassende Pilz zwar nahe verwandt, aber nicht identisch mit dem Trichophyton tonsurans sei, und hat ihn Epidermophyton inguinale genannt. Später fand er auch, daß zahlreiche Ekzeme der Zwischenzehenfalten durch denselben Pilz erregt würden. Verfasser geht dann näher auf sein Material von 35 Fällen ein. Besonders eingehend beschreibt er die Fälle, wo die Krankheit zwischen den Zehen lokalisiert war. Es boten sich Bilder wie beim Ekzema intertrigo oder bei Dyshidrosis. Die Patienten wurden auch meist zuerst in diesem Sinne behandelt, und erst die mikroskopische Untersuchung klärte den Fall auf. Diese wird an Schuppen oder bei bläschenförmigen Läsionen an der abgetragenen Blasendecke in Kalilauge vorgenommen. Man findet ein reichliches polymorphes Myzelium. Zur Kultur werden ebenfalls die Schuppen vom Rande oder die Blasendecken oder auch der Blaseninhalt verwendet. Die Aussaat erfolgt auf Maltosenährböden. Nach 5—8 Tagen erscheint ein flaumiger weißer Punkt. Dieser wird allmählich größer, die Farbe wird gelblichgrün, die Oberfläche uneben, schließlich bildet sich eine zentrale Vertiefung. Nach 30—45 Tagen haben die Kulturen ihren Höhepunkt erreicht. Auffallend ist die große Zahl der „bananenartigen" Fruchtkörper. Verfasser hält den Pilz ebenfalls verwandt mit dem Trichophyton tonsurans; doch schlägt er den Namen Epidermophyton plicarum vor.

Digitized by Google

2. Neue Untersuchungen über die Ätiologie der Pelade, von R. Sabouraud. Verfasser bringt aus seiner Erfahrung eine Anzahl von Krankengeschichten, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Pelade und einer Störung in der Geschlechtsfunktion auffällig war. So sah er das Haarleiden bei acht Frauen in der Menopause auftreten. Zweimal beobachtete er es in der Schwangerschaft und zweimal nach Ovariotomie. Zum Schlusse berichtete er über einen Mann, der an doppelseitiger Hodentuberkulose litt, und bei dem sich eine Pelade einstellte. Diese wurde total, noch bevor die beiderseitige Kastration vorgenommen worden war. Sabouraud will aus dieser geringen Anzahl von Fällen keine festen Schlüsse ziehen; immerhin sind diese Störungen in der Geschlechtsfunktion so auffallend, daß sie an mehr als eine einfache Koinzidenz denken lassen. Es ist daher notwendig, in Hinkunft bei Peladekranken mehr auf die Geschlechtsfunktion zu achten, als es bis jetzt der Fall war.

3. Salvarsan und Hämoptyse. Psoriasis und Tuberkulose, von Ch. Audry-Toulouse. Eine 26jährige Frau mit einer Spitzenaffektion erhielt, nachdem sie schon einmal Salvarsan erhalten hatte, abermals 0,3 Salvarsan. In den folgenden Tagen zeigten sich blutige Sputa. Bei Tuberkulose ist also dem Salvarsan gegenüber Vorsicht geboten. An der Hand dieser Beobachtung weist der Verfasser darauf hin, daß Psoriasis nicht selten mit Tuberkulose vergesellschaftet ist, und bringt mehrere Beispiele dazu.

4. Ein Fall von infiltriertem Erythem mit riesigen Plaques, von Schmitt und Hans-Nancy. Eine 44jährige Frau hatte vor zwei Jahren kurz nach Beginn der Menopause auf der Innenseite der Oberschenkel das Auftreten von rötlichen, juckenden Flecken, die einer sehr derben, subkutanen Infiltration aufsaßen und sich allmählich vergrößerten, bemerkt. Heilung durch lange Bettruhe. In der Folgezeit traten öfters neue Schübe auf, die aber weniger intensiv und weniger lange dauernd waren. Angeblich nach einem Schrecken folgte ein neues Rezidiv, das außerordentlich große Herde am Bauche setzte. Man fand zwei symmetrische, handgroße, runde Plaques von tiefroter, im Zentrum blässerer Farbe. Sie sind scharf umschrieben, leicht eleviert, im Zentrum deprimiert. Beim Zutasten fühlt man eine brettharte Infiltration, die auf der Unterlage verschieblich, aber mit der Haut verwachsen ist. Es fanden sich noch ähnliche, kleinere Herde. Richard Frühwald-Leipzig.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 6. Februar 1913.

1. Pemphigus vegetans durch ein Erysipel gebessert, von L. Brocq, Fernet und Françon. Die Verfasser stellen die Frau wieder vor, die sie bereits in der Junisitzung mit Pemphigus vegetans demonstriert hatten. Jede Therapie war bei ihr erfolglos geblieben. Da begann am Gesäße ein Erysipel, das sich rasch über große Körperstrecken verbreitete und fast den Tod herbeigeführt hätte. Bald nach der Entfieberung begannen die Erscheinungen des Pemphigus vegetans zurückzugehen, die Pusteln trockneten ein, die Vegetationen flachten ab. Dieser Involutionsprozeß machte sich aber nicht nur an den Stellen geltend, die das Erysipel befallen hatte, sondern auch an entfernten. Es blieben infolgedessen nur an einzelnen Punkten Krankheitsherde zurück, sonst bildeten sich braune oder weiße Flecken aus. Diese Besserung kann nur auf das Erysipel bezogen werden.

Jeanselme berichtet über einen Fall von Mykosis fungoides, bei dem durch eine generalisierte Vakzine ein ähnlicher günstiger Erfolg erzielt worden war.

2. Ulzeröse, gangränöse und phagedänische Herde bei Lepra, von L. Brocq, Fernet und Delort. Bei dem 28jährigen Kranken traten die ersten Erscheinungen

Digitized by Google

im 15. Lebensjahre auf, schwanden aber bald ohne Behandlung. Erst später erschien die Krankheit wieder in einer typischen, tuberösen Form. Plötzlich traten am Genitale schwarze, gangränöse Herde auf, die sich rasch vergrößerten und große, unregelmäßig begrenzte Geschwüre hinterließen. Gleiche Herde entstanden dann noch auf den Beinen. Sie durchliefen drei Stadien: sie begannen mit einer schwärzlichen Kruste, die sich peripher vergrößerte, dann erschien eine schmierig belegte Ulzeration, und schließlich bildete sich eine derbe, depigmentierte Narbe. Im Eiter wurden keine Leprabazillen, aber Staphylokokken und Kolibazillen gefunden. Die Verfasser weisen auf die Seltenheit dieser gangränösen Herde bei Lepra hin.

3. Neues Injektionspräparat gegen Lepra, von Brocq und Pomaret. Chaulmoograöl, das stets Butterkonsistenz hat, wird vorsichtig geschmolzen und dann 70 ccm mit 30 ccm Eukalyptol versetzt. Dadurch wird Chaulmoograöl bei allen Temperaturen flüssig erhalten. Das Präparat ist viel weniger schmerzhaft als reines Chaulmoograöl.

4. Lupus nodularis non exedens durch heiße Luft geheilt, von Paul Ravaut. Verfasser hat eine Patientin mit ulzerösem Lupus durch Anwendung heißer Luft geheilt. Es war ihm entgegengehalten worden, daß bei dieser Form des Lupus besonders leicht Heilungen erzielt werden könnten. Deshalb berichtet er über einen 33jährigen Mann, bei dem im achten Lebensjahr am linken Ohre ein knötchenförmiger Lupus aufgetreten war. Die Affektion trotzte jeder Behandlung und verbreitete sich auf weitere Strecken; am dichtesten stehen die nirgends ulzerierten Herde am Ohre. Ravaut nahm nun eine energische Auskratzung und Verschorfung mit Luft von 700° vor; nach vier Monaten wurde diese wegen eines Rezidivs wiederholt. Seither ist der Kranke durch 28 Monate rezidivfrei geblieben.

5. Pemphigus? Dermatitis herpetiformis? von Gaucher, Gougerot und Meaux Saint-Marc. Bei einem 73jährigen Manne trat ein juckendes Erythem auf, das zu großen Herden konfluierte. Zwei Wochen später erschienen auf verschiedenen Körperstellen Blasen und Bläschen. Der Kranke bot ein sehr polymorphes Bild; Erytheme Blasen und auf dem Stamme ekzematiforme Herde. Dabei bestand hohes abendliches Fieber. Aus dem Blaseninhalte und dem Blute wurden Streptokokken gezüchtet. Verfasser lassen die Diagnose im unklaren. Möglich ist es, daß der Kranke sich in einem Zustande der Antointoxikation befand und daß unter dem Einflusse der Streptokokkeninfektion die Dermatose ausgelöst wurde.

6. Raynaudsche Krankheit mit positivem Wassermann, von Gaucher, Gougerot und Meaux Saint-Marc. Ein 21jähriger Mann wuade nach prodromalen Parästhesien von lokaler Asphyxie an den Fingern befallen. Die Symptome, Schmerzen und lokale Blässe, bzw. Zyanose, gingen aber nicht, wie gewöhnlich vorüber, sondern persistierten mit Exazerbationen. Es fand sich bei dem Kranken positive Wassermannsche Reaktion, obwohl er nichts von einer Infektion wußte. Verfasser weisen darauf hin, daß sicher öfters ein Zusammenhang zwischen Syphilis und Raynaudscher Krankheit besteht; er ist nur nicht immer leicht nachweisbar, da es sich meist um latente Syphilis handelt. Dem Prozesse dürfte wohl eine spezifische Endarteriitis zugrunde liegen.

7. Rezidiv nach Salvarsan. Hämatemesis nach Salvarsan, von Gaucher, Gougerot und Maux Saint-Marc. Ein 23jähriger Mann erhielt wegen primärer Syphilis 0,3 und 0,4 Salvarsan intravenös. Zwei Stunden nach der zweiten Injektion wurde der Patient von einer heftigen Hämatemesis befallen, die aber bereits am nächsten Tage sistierte. Verfasser erklären sich diesen Zufall durch die enorme Dilatation der Eingeweidegefäße. Der Patient erlitt nach sieben Monaten ein Rezidiv.

8. Mechanismus der kleinen Zufälle nach Salvarsan und Neosalvarsan, von Leredde. Verfasser bespricht die verschiedenen nach Salvarsan und Neosalvarsan be-

Digitized by Google

obachteten Reaktionserscheinungen, wie Fieber, Kopfschmerzen, Magendarmstörungen usw. Er kommt zu dem Schlusse, daß diese, die man a priori einer bestehenden Intoleranz zuschreiben möchte, zum größten Teile durch die Einwirkung des Medikamentes auf die Spirochäten hervorgerufen werden. Erbrechen wird auch oft auf diese Weise entstehen, man kann es aber auch, ebenso wie die Durchfälle, auf eine reizende Wirkung des Salvarsans auf die Magen- und Darmschleimhaut auffassen, da ersteres auf letzterer ausgeschieden wird. Dieselben erwähnten Erscheinungen können auch durch Fehler in der Technik bedingt werden; zu diesen gehört auch die ambulatorische Salvarsaninjektion. Schwere Erscheinungen sind wohl auf eine Herxheimersche Reaktion zu beziehen.

9. Vergleichende Studie über einige Methoden der Serodiagnostik der Syphilis, von Leredde und Rubinstein. Die Schlußsätze dieser ausführlichen Arbeit sind folgende: 1. Die Anwendung von Cholestearin als Antigen kann zu ungenauen Resultaten führen. 2. Vor jeder Untersuchung muß das Alexin ausfibriert werden. 3. Die hämolytische Kraft des menschlichen Serums ist in der Mehrzahl der Fälle stärker als die des Meerschweinchenserums. 4. Die Methode von Bauer gibt manchmal keine Resultate. 5. Die Methode der Desensibilisierung (Hammelblutkörperchen und menschliches Serum ohne Ambozeptor) kann positive Resultate geben, wo die Original-Wassermannsche Methode schwache oder zweifelhafte Resultate hat. 6. Man muß die maximalen Variationen der Wassermannschen Reaktion kennen, da man auf diese Weise prognostische und diagnostische (Nervensyphilis) Anhaltspunkte gewinnen kann. 7. Die Methoden mit frischem Serum müssen parallel mit der Originalmethode geübt werden. 8. Die Methode von Stern ist der von Hecht-Weinberg gleichwertig. 9. Diese letztere gibt dieselben Resultate wie die Wassermannsche Methode, ist aber in Fällen latenter oder wenig ausgeprägter Syphilis empfindlicher. 10. Die hämolytische Kraft des frischen Serums variiert stark. 11. Mit dieser Methode kann man die Diagnose Syphilis nicht sicher stellen. 12. Die Methode von Hallion-Bauer gibt unsichere Resultate.

10. Neue Injektionstechnik für Neosalvarsan, von Paul Ravaut. Kochsalz verändert sehr leicht Neosalvarsan, destilliertes Wasser nicht; dafür bewirkt dieses aber Hämolyse. Verfasser hat nun gefunden, daß 0,45—0,6 Neosalvarsan in 10 ccm destilliertem Wasser oder 0,75—0,9 in 15 ccm die roten Blutkörperchen nicht schädigen. Er verwendet daher zur Injektion nur die genannten Flüssigkeitsmengen; dadurch wird einerseits die Hämolyse vermieden, andrerseits die Gefahr der Wasserverunreinigung auf ein Minimum herabgesetzt. Die therapeutischen Resultate waren ausgezeichnet.

11. Hautknötchen, die in Atrophie ausgehen, von Georges Thibierge. Bei dem 27jährigen Patienten waren vor elf Jahren Knötchen in der rechten Brustgegend aufgetreten, die zum Teile ulzerierten; im Laufe der Jahre verschwanden sie, erschienen aber an anderen Stellen. Bei der Aufnahme fand sich rechts, entsprechend den unteren Rippen, ein unregelmäßiger, bläulichroter, mamelonierter von Gefäßen durchzogener, deprimierter, atrophischer Herd. Auch die Subkutis ist von der Atrophie befallen. In der Umgebung finden sich verschiedengroße, ähnliche, atrophische Flecke, sowie linsengroße, fast halbkugelige, glänzende, normal gefärbte Knötchen. Ähnliche befinden sich auch noch in der Pektoral- und Lumbalgegend. Durch Ichthyolsalbe verschwanden die Knötchen unter Hinterlassung eines deprimierten, atrophischen Fleckes. Bei dem Kranken waren also die initialen und terminalen Stadien gleichzeitig zu sehen.

12. Elephantiasis syphilitica der Oberextremität, von F. Balzer und Belloir. Der 32jährige Patient akquirierte mit 21 Jahren eine Syphilis, die von vorn herein sehr malignen Charakter zeigte. Der Primäraffekt dauerte sechs Monate, an ihn schloß sich eine Vereiterung der Leistendrüsen mit konsekutiven, tubero-ulzerösen Syphiliden, die zu ihrer Verheilung zwei Jahre benötigten.

Digitized by Google

Bald darauf traten an den Beinen und den Vorderarmen gummöse Erscheinungen auf, die durch drei Jahre rezidivierten. Nach einer kurzen Pause traten am rechten Arme Gummen und tubero-ulzeröse Syphilide auf, die jeder Behandlung trotzen, sich verbreiterten, wieder aufbrachen usw. Der Arm ist deshalb in verschiedenster Weise von Narben, Knoten und Geschwüren bedeckt. Durch diese hochgradigen Veränderungen ist es auch zu Zirkulationsstörungen gekommen, so daß sich das Bild einer Elefantiasis entwickelt hat.

13. Fall von Hemisporose, von F. Balzer und Belloir. Der Kranke hatte zwischen den Schulterblättern eine frankenstückgroße Ulzeration mit unregelmäßigen, leicht erhobenen und infiltrierten Rändern und gelblich belegtem Grunde. Am rechten Beine ein kleineres, ähnliches Geschwür. Die Impfung auf Maltosenährboden ergab nach etwa zehn Tagen eine grauweiße, gebuckelte Kultur, die bald eine mehr braune Farbe und eine gehirnähnliche Form annahm. Unter dem Mikroskope sah man ein feines, verzweigtes Myzelium mit verzweigten Fruchtträgern. Es handelte sich um Hemispora stellata.

14. Der Apparat von Duret zur Darstellung und Konservierung von aseptischen und absolut destilliertem Wasser, von Milian. Beschreibung des Apparates.

15. Bock, Aseptauton Duret zur sofortigen automatischen und konstanten Sterilisation und Reinigung von Neosalvarsanlösungen oder anderen Injektionsflüssigkeiten, von Milian. Beschreibung des Apparates.

16. Ulzeröse, vegetierende Läsion des Fußes, wahrscheinlich mykotischen Ursprungs, von Brocq, Pautrier und May. Der 36jährige Patient hatte mit 18 Jahren eine progrediente Ulzeration an der rechten Wange, die sehr spät abheilte. Vor zwei Jahren begann eine neue Ulzeration an der Nase, die mit einem Knoten begann und sich rasch verbreitete. Schließlich traten Läsionen am rechten Fuße auf, von denen einige eine vegetierende, papillomatöse Oberfläche zeigen. Histologisch handelt es sich um eine starke Neubildung und Dilatation der Papillargefäße und ein aus Bindegewebs-, Mast- und Plasmazellen bestehendes Infiltrat der Papillen und der oberen Kutis. Die mittlere und tiefe Kutis zeigen Knötchen, die aus Riesenzellen bestehen und von Lymphozyten oder Epithelialzellen umgeben sind. Die bakteriologische Untersuchung wie das Tierexperiment verliefen negativ. Die Verfasser glauben, daß es sich um eine mykotische Affektion handle.

17. Parapsoriasis en gouttes bei einer Syphilitischen, von Pautrier, Fernet und Françon. Bei einer Frau mit einer 14 Jahre alten Syphilis trat vor zwei Jahren eine typische Parapsoriasis auf. Diese ist charakterisiert durch den oberflächlichen Sitz, die langsame Entwicklung, die lange Dauer, das Fehlen des Juckreizes und das ungestörte Allgemeinbefinden. Bemerkenswert ist, daß auch das histologische Bild vollkommen typisch und keineswegs durch die Syphilis verändert ist. Gegen die Therapie ist das Leiden refraktär.

18. Mykosis fungoides mit sekundärer sarkomatöser Degeneration, von Pautrier, Belot, Fernet und Delort. 59jähriger Mann mit einer typischen Mykosis fungoides, die am ganzen Körper in Form von ausgebreiteten, infiltrierten, trockenen, schuppenden und juckenden roten Herden sich darstellte. Auf der Brust befand sich eine große, zirzinnäre Ulzeration. Auf Röntgenbestrahlung gingen die Erscheinungen prompt zurück. Da traten plötzlich in der Achsel und an der Brust Knoten auf, die sehr rasch wuchsen und bald von anderen gefolgt waren. Sie wurden durch die Röntgenstrahlen nicht beeinflußt. Histologisch wurden die Tumoren als Sarkome erkannt. Der Fall ist auch ein Beweis für die bindegewebige Natur der Mykosis fungoides.

Digitized by Google

19. Keratosis blennorrhagica, von BRAULT. Ein 21jähriger Kabyle hat eine mit Gelenkaffektionen komplizierte Blennorrhagie. Auf den Zehenrücken, der Außenseite der Beine, der Fersen und den Nates finden sich konische, derbe, gelbliche Hornmassen, die von einem erythematösen Hofe umgeben sind.

Richard Frühwald-Leipzig.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

15. Februar 1913, Bd. 3, Nr. 2.

1. Ein Fall von Leukoplakie des Nierenbeckens, von P. LECÈNE. Bei der 28jähriger Frau traten im Anschlusse an einen Partus heftige, zwei Monate anhaltende Schmerzen in der rechten Nierengegend auf. Diese verschwanden, doch blieb Pollakiurie und Pyurie zurück. Bei der Aufnahme bestand ein ballotierender Tumor; es wurde deshalb operativ eingegangen, und es fand sich Perinephritis und Periureteritis sowie eine Erweiterung des Nierenbeckens. Es wurde die Nephrektomie vorgenommen. Beim Aufschneiden sah man, daß der größte Teil des Nierenbeckens wie mit einer dünnen, weißlichen, mazerierten Haut ausgekleidet war. Es handelte sich um eine echte Leukoplakie, histologisch um eine Umwandlung des Nierenbeckenepithels in Pflasterepithel. Das darunterliegende Bindegewebe war entzündlich infiltriert. Verf. glaubt nicht, daß die Leukoplakie eine erworbene Metaplasie des Epithels sei, sondern daß es sich um eine kongenitale Störung in der Entwicklung des uropoetischen Systems, um eine ektodermale Heterotopie, handle.

2. Doppelseitige polyzystische Niere, von JEAN ANGLADA. Ein Mann, der bis auf gelegentliche, dumpfe Schmerzen in der Lendengegend stets gesund war, wurde von einem mäßig intensiven Gesichtserysipel befallen. Plötzlich sistierte die Harnausscheidung, und der Kranke ging in einigen Tagen an Urämie zugrunde. Bei der Sektion fanden sich beide Nieren von Zysten durchsetzt, die hauptsächlich in der Rindensubstanz saßen und teilweise Taubeneigröße erreichten. Histologisch sah man die Glomeruli dilatiert, oft dicht aneinander gelagert oder auch konfluierend. Die Harnkanälchen sind unregelmäßig dilatiert, haben große Zellen. Die erweiterten Glomeruli und Tubuli treten nebeneinander, die Zwischenräume schwinden, und es bilden sich die Zysten. Im Zwischengewebe besteht geringgradige Sklerose und Entzündung. Verf. bespricht dann die einzelnen Theorien über die Entstehung der Zystenniere: neoplastische, entzündliche, kongenitale. In seinem Falle glaubt Verf., daß es sich um eine kongenitale Anomalie handle. Merkwürdig sind die geringfügigen Beschwerden, die das Leiden bis kurz vor dem Tode gemacht hat.

3. Nierentuberkulose beim Kinde, von H. L. ROCHER und JEAN FERRON. Verf. bringen sieben Krankengeschichten von tuberkulöser Affektion der Nieren beim Kinde. Sie haben bei diesen Beobachtungen die direkte Zystoskopie mit Erfolg anwenden können. Diese ist bei Mädchen über fünf Jahren sehr leicht, da die Harnröhre bequem einen 7 cm langen Tubus Nr. 40 durchläßt. In die Ureteren läßt sich meist eine Sonde Nr. 6 oder 7 einführen.

4. Die plastischen Operationen bei Retention, von HENRI ELIOT. Unter Anführung eigener Beobachtungen genaue Beschreibung der in Betracht kommenden Operationen. Besprechung der Fälle aus der Literatur. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

5. Was fünf Tuberkel in einer Niere bewirken können, von G. MARION. Ein 40jähriger Mann wurde plötzlich von heftiger Hämaturie befallen, die zeitweise von Schmerzanfällen begleitet war. Da bei ihm tuberkulöse Veränderungen der Nebenhoden, des Samenstranges und der Prostata bestanden, wurde an eine gleiche Affektion der Nieren gedacht. Die Untersuchung ergab auch Blutung und verminderte Harnstoffausscheidung

Digitized by Google

aus der rechten Niere. Diese wurde entfernt, sie präsentierte sich von außen vollkommen normal, und auf dem Schnitte fanden sich nur fünf Tuberkel, sonst keine Veränderungen. Verf. weist auf die Schwere der Erscheinungen hin, die durch eine verhältnismäßig geringe tuberkulöse Affektion der Niere hervorgerufen worden waren.

6. Spontane Zertrümmerung eines Blasensteines, von Eugène Christian-Bukarest. Bei einem jungen Manne, der seit 12 Jahren an Steinbeschwerden litt, wurden auf hypogastrischem Wege zwei Blasensteine entfernt. Es ergab sich, daß diese nur die zwei Hälften eines Steines waren, der auf unbekannte Weise zertrümmert war.

7. Hydatidenzyste der Niere, von Diamantis-Kairo. Ein 52jähriger Mann litt seit zwei Jahren an krisenartigen Schmerzen in der linken Nierengegend, die stets von der Ausscheidung von Hydatiden gefolgt waren. Zystoskopisch wurden solche auch in der Blase schwimmend gesehen. Die linke Niere wurde exstirpiert; es fand sich eine Hydatidenzyste, die am unteren Pole begonnen und sich nach dem Nierenbecken zu entwickelt hatte. Ein Teil der Wand war verkalkt.

8. Die Abortivbehandlung der akuten Blennorrhagie, von Paul Lebreton. Verf. bespricht eingehend die verschiedenen zur Abortierung des Trippers angegebenen Methoden. Alle Verfasser haben gute Erfolge erzielt, und dennoch gibt es kein Mittel, mit dem die Kupierung der Blennorrhöe stets und sicher zu erreichen wäre. Doch ist in allen geeigneten Fällen die Abortierung zu versuchen; die Wahl der Methode ist nach dem Falle zu richten.

9. Die Zukunft der Blennorrhagiebehandlung, von Jules Janet. Die wirksame Bekämpfung der Blennorrhöe ist nicht von Maßregeln gegen die Prostitution zu erhoffen, sondern von prophylaktischer und abortiver Behandlung. Die jungen Männer müssen über die Gefahren des Trippers aufgeklärt werden, damit sie sich gegen die Infektion schützen. Ferner müssen sie angewiesen werden, sofort zum Arzte zu kommen, falls sie sich doch angesteckt haben, damit sogleich eine Abortivkur mit Kaliumpermanganat eingeleitet werden kann. Richard Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Die Prostitution, von Iwan Bloch. Bd. 1 des Handbuches der gesamten Sexualwissenschaft in Einzeldarstellungen, 1912. (Louis Marcus Verlag, Berlin.) Iwan Bloch hat sich ein wesentliches Verdienst um die Lehre vom Geschlechtsleben des Menschen erworben. Bis 1906 gab es in vielen Zweigen der theoretischen und praktischen Wissenschaften, so in der Physiologie, Psychiatrie und Venerologie, in der Jurisprudenz, Soziologie und Kulturwissenschaft eine „sexuelle Frage", und die notwendig einseitigen Bearbeitungen dieses selten vorurteilslos betrachteten Gegenstandes mußten daher eigentlich immer schief und unbefriedigend ausfallen. Bloch vereinigte zum ersten Male unter den allein richtigen, alles umfassenden großen Gesichtspunkten der vergleichenden Anthropologie und der kulturellen Entwicklungslehre alle diese Wissenszweige zu einer einheitlichen Wissenschaft, für die er den Namen Sexualwissenschaft prägte. In seinem vielgelesenen Buche: das Sexualleben unserer Zeit in seinen Beziehungen zur modernen Kultur führte er diesen Gedanken zum ersten Male konsequent durch. In dem vorliegenden Bande hat er nun im Verein mit mehreren tüchtigen Spezialforschern auf dem Gebiet des Geschlechtslebens die ebenso große wie schwierige Aufgabe zu lösen begonnen, welche ihm nach seinen bisherigen Leistungen offenbar als die Krönung seines Lebenswerkes vorschwebte, nämlich eine Enzyklopädie dieser

Digitized by Google

Sexualwissenschaft zu liefern. Was die Verschiedenheit der Arbeitsgebiete seiner Mitarbeiter von selbst mit sich brachte, die Darstellung in einzelnen Monographien, wird sich als ein entschiedener Vorteil für dieses Werk herausstellen, wie bei allen neuen Wissenschaften, deren erste Bearbeitung zugleich ihre Existenzberechtigung erweisen soll.

Bloch, der größte lebende Kenner der Geschichte der Prostitution, beginnt mit der Darstellung dieser Geschichte; der vorliegende erste Band umfaßt bereits 825 Seiten, obwohl er nur die erste Hälfte des Themas, nämlich die Schilderung des Altertums und Mittelalters, behandelt.

Während die sozialen und rechtlichen Formen der heutigen Prostitution sich alle von der antiken, speziell der römischen ableiten lassen, führen die biologischen Wurzeln der Prostitution viel weiter, bis auf die älteste vorgeschichtliche Zeit zurück. Prähistorische Funde, so die rote Bemalung einer Frauenfigur im Aurignacien von Willendorf, deuten auf den sexuellen Geschmack des Urmenschen hin, der sich im Rotschminken der Prostituierten bis heute erhalten hat. Eine Fülle ethnologischer Daten beweisen, daß die ursprüngliche Form des Geschlechtsverkehrs auf der ganzen Erde die vollkommen freie Pantogamie der Geschlechter war. Aus diesem allgemeinen Geschlechtsverkehr bildete sich zuerst die auf die älteren Leute beschränkte Ehe, während sich die voreheliche Pantogamie noch bei vielen Naturvölkern bis heute erhalten hat. Ihr Wahrzeichen ist das verbreitete Institut der Junggesellenhäuser (Männerhäuser), besonders in Polynesien, das in natürlicher Konsequenz zur Prostitution der Weiber führt. Wie die Einrichtungen, so sind auch Polyandrie und Gruppenehe, das Weiberleihen und der Weibertausch bei den Naturvölkern Reste früher bestehender Pantogamie, welche durch das neuere Institut der Ehe eingeschränkt, aber nicht beseitigt wurde.

Die für uns so rätselhafte Verquickung gerade des ungebundenen Geschlechtsverkehrs in seinen ältesten Formen mit religiösen Vorstellungen erklärt Bloch durch das Unpersönliche, welches der Pantogamie der Jugend anhaftete, durch den absoluten Mangel aller persönlichen, familiären und besonders aller festen Eigentumsbeziehungen, wie sie der gebundenen Ehe von vornherein zukamen. Bei den religiösen Festen wurden diese Beschränkungen zeitweise wieder durch den ungebundenen Geschlechtsverkehr abgelöst; die religiösen Feste bildeten somit ein Ventil für die Entladung der geschlechtlichen Urinstinkte. Die religiöse Prostitution erscheint als ein der Gottheit wohlgefälliges Opfer, der Geschlechtsakt heilig, als religiöse Pflicht; die Geschlechtswerkzeuge wurden der Gottheit geweiht (Phalluskult). In der sakralen Einkleidung konnte sich die Prostitution als Überbleibsel der primitiven sexuellen Freiheit deshalb halten, weil die Darbringung des Keuschheitsopfers in der Darbringung anderer religiöser Opfer eine verwandte Gefühlsrichtung vorfand. Eine Übersicht über die entsprechenden Kulte aller Völker zeigt, daß bemerkenswerterweise die Chinesen das einzige Volk sind, von dem man keine religiöse Prostitution kennt.

Schwieriger ist für Bloch der Umstand zu erklären, daß es auch eine sehr verbreitete homosexuelle religiöse Prostitution gibt, trotz der verschwindend kleinen Anzahl natürlicher Homosexueller (1—1½%). Nur in einigen Fällen, so bei der Entmannung der Kybelepriester und ausgesuchter Individuen bei fast allen Indianerstämmen des präcolumbischen Amerikas, tritt der Zweck der religiösen Prostitution klar zutage. Daß die profane homosexuelle Prostitution in den ältesten Zeiten durch die Männerhäuser, wie später und in unseren Zeiten durch die Konvikte jeglicher Art begünstigt wurde, wo sie nicht geradezu, wie in Sparta, politisches Institut und Volkssitte war, ist begreiflich.

Es folgt nun ein Kapitel, das der Verfasser mit besonderer Liebe bearbeitet hat und das wohl am besten die ihm eigene Gabe erkennen läßt, aus einer verwirrenden

Digitized by Google

Masse von Einzelsymptomen den darunter verborgenen, undeutlichen Ursachenkomplex herauszuschälen. Es sind die schon immer bekannt gewesenen Beziehungen der Prostitution zu den künstlerischen, ästhetischen und dionysischen Lebenselementen, die aber bisher noch niemals in solcher Vollständigkeit zusammengestellt und verwertet sind. Zunächst ethnologisch, dann historisch geordnet, marschieren hier alle jene Beziehungen der Tänze, der musikalischen und mimischen Vorstellungen, der Berauschungsmittel, vom Opium und Betel bis zum Alkohol und Äther, der Wohlgerüche und sämtlicher Badeformen zur Prostitution in so überwältigender Fülle auf, daß die Hauptthese Blochs wohl zweifellos sichergestellt wird. In ihnen, in dem unüberwindlichen Drange zur Erreichung des schönen Lebensgenusses, liegen nach Bloch die zähesten Wurzeln der Prostitution, die Ursachen ihrer Fortdauer bis in unsere Zeit; nicht in den vielen sozialen und wirtschaftlichen Defekten, die nur von sekundärer Bedeutung sich erweisen, wenn sie auch heute vielfach als Hauptursache der Prostitution gelten. Im Gegensatz zu Bebel, aber im Einklang mit den römischen Juristen rechnet Bloch die Geldentschädigung gar nicht zum Wesen der Prostitution; für diese charakteristisch ist vielmehr nur das Fehlen jeder individuellen Beziehung zwischen Mann und Frau und die damit zusammenhängende schrankenlose und öffentliche Befriedigung des Geschlechtsgenusses. Bloch gelingt sogar der einwandfreie und wichtige Nachweis, daß erst, als durch Einführung der Individualehe der älteren Leute die ursprüngliche Pantogamie beschränkt und das Weib durch Kauf zu einem Wertobjekt des Mannes wurde, die als Ersatz für diese Beschränkung auftretende Prostitution in logischer Folge auch zur Geldentschädigung drängte. Diese Entschädigung für Herleihung des Weibes fiel ursprünglich an den Mann und Vater, später erst an den Fürsten, und viel später an den Kuppler und Sklavenhalter. Historisch ist also gerade die rein politische Institution der Ehe früher mit dem Entgelt verbunden worden als die Prostitution, und sie ist es ja auch heute noch, wenn auch in umgekehrter Weise, in der Geldehe.

Solon war es, welcher 594 v. Chr. die endliche Regelung der Prostitution, und zwar ausdrücklich nur zum Schutze der Ehe einführte. Während der Ehebruch der freien Frau auf das allerhärteste bestraft wurde, sicherte Solon dem Manne durch Einführung unfreier Prostituierter die schrankenlose Freiheit des Geschlechtsgenusses. Die Solonschen Bordelle waren Staatsinstitute, keine religiösen Institute mehr, die von ihm gesetzlich eingeführte Prostitution nur eine besondere Erscheinungsform der antiken Sklaverei. Bloch weist darauf hin, daß die berechtigten Motive des heutigen Abolitionismus sich allein auf die grundsätzliche Verurteilung der Prostitution als einer anachronistischen Erscheinung antiker Sklaverei stützen müssen, während der polizeilichen Regelung vom Standpunkte des sanitären Schutzes ein Schein von Berechtigung — ich würde sagen: eine Berechtigung — nicht abzusprechen ist.

Die Geringschätzung teilten die Prostituierten im Altertum mit allen für Lohn arbeitenden Klassen, die Ehrlosigkeit dagegen mit den Sklaven, aus deren Reihen sie sich größtenteils rekrutierten. Beide Gründe fallen für die heutigen Prostituierten fort, deren Infamierung mithin ein Anachronismus ist, ein in seiner Isolierung unverständlicher Relikt aus der überwundenen Zeit der Sklavenmoral. So niedrig die gewöhnlichen Prostituierten im Altertum als Menschen eingeschätzt wurden, so wenig anstößig war im Gegensatz zu heute der Umgang mit ihnen. Ein wesentliches Dokument für die harmlose Art der Alten, die Prostitution als etwas Natürliches und Notwendiges anzusehen, liefert die attische und später die römische Komödie — beide nur von Männern besucht — in def detaillierten Vorführung der Bordelle und ihrer Insassen auf der Bühne, sowie die überreiche, zum Teil von angesehenen Schriftstellern herrührende Hetärenliteratur. Am bedeutendsten in literarischer Hinsicht sind die Hetären-

Digitized by Google

gespräche des Lukian und die Briefe des Alkiphron, einige gerichtliche Reden aus Hetärenprozessen und die große erotische und erotisch-technische Literatur mit Ovids Ars amatoria und dem Sittenroman: Satirae von Petronius an der Spitze. Dieselbe Sprache redet außerdem eine unglaublich große Anzahl von antiken Bronzen, Bildwerken, Gemmen, Fresken und Mosaiken erotischen und obscönen Inhalts, mit denen das private und öffentliche Leben der Alten reich ausgestattet war.

Die Unbefangenheit und Naivität, mit der das Altertum Geschlechtsverkehr und Prostitution betrachtete, hing eng zusammen mit der damaligen Unkenntnis der Geschlechtskrankheiten und Nichtexistenz der Syphilis. Der Geschlechtsgenuß galt als etwas Natürliches, Selbstverständliches, die individuelle Liebe und Liebesleidenschaft dagegen, denen wir die höchsten Blüten unserer lyrischen Poesie verdanken, als etwas Krankhaftes. Die sexuelle Frage des Altertums abstrahierte daher ganz von der individuellen Neigung, sie bezog sich nur auf die Fortpflanzung. Die gering geachtete Frau galt nur etwas, insofern sie Mutter vieler und kräftiger Kinder war. Ein tüchtiger Nachwuchs war die einzige Richtschnur für den Gesetzgeber und führte Lykurg zur Weiberverleihung, Plato zur Weibergemeinschaft mit staatlich geregelter Menschenzüchtung und Schaffung einer Gemeindefamilie. Auch Aristoteles will das Alter für Kindererzeugung gesetzlich regeln, allerdings in monogamischer Ehe. Kinderaussetzung, Kindertötung, Abtreibung, homosexueller Verkehr sollten die Rasse der Edlen rein halten. Das gehörte zur Eugenik des Altertums.

Nur in sehr beschränktem Umfange machte sich dieser natürlichen Auffassung des Geschlechtslebens gegenüber bereits im Altertume eine asketische Gegenströmung geltend, zuerst in religiöser Beziehung (Vestalinnen) und in philosophischer (Pythagoräer); der Aphrodite Urania wurde eine Aphrodite Pandemos gegenübergestellt, dem himmlischen Eros ein irdischer (Plato). Auf dem unnatürlichen, von Plato erfundenen Dualismus von Leib und Seele bauten dann — lange vor dem Christentum — die Neuplatoniker ihre Ansicht von dem fleischlich Bösen auf. Ihr Haß gegen die Sinnenlust führte zur Forderung voller Askese, der auch der jüdische Philosoph Philo huldigte. Diese asketischen Lehren der Philosophen gipfelten bei gewissen Sekten (Neupythagoräer, Essener) im bedingten oder unbedingten Zölibat. So wurde schon am Ausgang des Altertums in gewissen Kreisen das Geschlechtliche zum Unsittlichen gestempelt, an Stelle der Natürlichkeit trat Prüderie in geschlechtlichen Dingen, und die antike Weiberverachtung steigerte sich bis zum Weiberhaß, wobei übrigens die Prostitution nach wie vor blühte. Als einzigen Abolitionisten des Altertums zitiert Bloch den Dio Chrysostomus von Prusa im ersten Jahrhundert n. Chr., der den Schutz der Familie durch die Prostitution mit klaren Worten als illusorisch und die Prostitution als höchst unmoralisch hinstellt.

Die erste wirkliche Durchbrechung der antiken doppelten Sexualmoral mit ihrer Frauenverachtung ging aber erst von zwei Kaisern aus: Augustus führte neben der Ehe das legale Konkubinat ein als besseren Ersatz der Prostitution durch edlere und dauerhaftere, auf individueller Neigung beruhende Verbindung; Justinian bestätigte und ergänzte das Gesetz. Das Konkubinat war ein gesetzlich geregeltes Verhältnis, dessen man sich in der Öffentlichkeit nicht zu schämen brauchte. Oft wurden die Konkubinen später geheiratet, ihre Kinder als Erben eingesetzt. Kirchenrechtlich wurde das Konkubinat durch das ganze Mittelalter geduldet und vom Klerus hochgehalten; erst im 16. Jahrhundert wurde es aufgehoben und bestraft. Bloch ist der Ansicht, daß die zukünftige Sexualreform eine derartige eheartige Verbindung wie das Konkubinat, natürlich modifiziert durch die heutige tätige und geachtete Stellung der Frau, im Auge behalten und ihre Legalisierung zu erreichen suchen müsse.

Digitized by Google

Die Prostitution im christlichen und islamitischen Mittelalter ruht aber noch ganz auf dem antiken Grundirrtum, daß das Geschlechtsleben eine ethische Bedeutung nur für die Gattung besitze, nicht für das Leben des einzelnen. So finden wir auch im Mittelalter die Verachtung der Frau und die Stigmatisierung des Geschlechtslebens als unrein neben der als notwendig betrachteten Prostitution.

Freilich atmen die auf Jesus zurückgeführten Aussprüche des Neuen Testaments einen anderen Geist. Die Juden waren eben keine Asketen. Kindererzeugung war heilige Pflicht. Gegen geschlechtliche Verirrungen Unverheirateter wurde schon wie heute Arbeit empfohlen. Trotz des auch bei den Juden herrschenden Patriarchates und geduldeter Polygamie nahm die Frau eine geachtetere Stellung ein, und die Prostitution wurde von den Juden abgelehnt. Mit Ausnahme der Essener, die das Leibliche für unrein erklären, bejahen also die Juden zu Jesu Zeit das Geschlechtsleben. So hat auch Jesus Freude an Neugeborenen und Kindern, stellt ein hohes Eheideal auf mit relativ hohem Recht der Frau und kennt eine Ehescheidung nur bei Ehebruch; er verzeiht der Sünderin und richtet sie nicht, da die Sünde allen Menschen zukommt. Im Gegensatz zum Islam sind ihm auch alle geschlechtlichen Differenzen im Himmel fremd. Freiwillige Askese läßt er zu, aber er empfiehlt sie denen nicht, die dazu nicht geboren sind. Diese aus dem Judentum stammende hochmoderne Anschauung vom Geschlechtsleben, der nach Bloch nur noch die Anerkennung des Segens der Arbeit und der sexuellen Verantwortlichkeit fehlt, ist nicht in das Christentum übergegangen. Schon Paulus, im Banne der hellenistischen Philosophie seiner Zeit, preist die Askese und die Keuschheit (Abstinenzehen), eifert wider die Sünde des Fleisches, verachtet die Frau und betrachtet die Ehe nur als ein notwendiges Übel. Von den Neuplatonikern nimmt das junge Christentum die Askese und die Gedanken der Buße und Erlösung auf. Tertullian bringt die asketischen Lehren in ein System, die als Reaktion bei den Gnostikern und Mönchen allerdings zur größten Unzucht führen.

Auf dieser Grundlage baute Augustin (400 n. Chr.) seine Lehre von der Erbsünde, Gnade und Erlösung auf und wurde damit auch der Begründer eines Systems der mittelalterlichen Sexualethik. Wie die Erbsünde sich geschlechtlich ewig fortpflanzt, so ist auch die Sünde der Prostitution nach Augustin unausrottbar. Thomas v. Aquino fixierte dann diese halb mystische, halb antike Lehre für das ganze Mittelalter; wie im Altertum blühte unter dem Zepter der Kirche die doppelte Moral, die Verachtung des Weibes und alles Geschlechtlichen und die Askese auf der einen Seite, die Prostitution auf der anderen. Aber diese antiken Wahnideen trieben erst im christlichen Mittelalter, geschürt durch die maßlosen Spekulationen zölibatärer Geistlicher, die entsetzlichen Auswüchse des Hexenwahns, des Flagellantismus und Satanismus, neben den sonderbaren Blüten eines asketisch-mystischen Frauendienstes. So bietet die Prostitution des Mittelalters noch mehr wie die des Altertums den schreiendsten Widerspruch: Die Prostituierte ist zugleich die Paria der Gesellschaft, gesetzlich gezwungen, sich jedem hinzugeben, und wird bestraft, wenn sie es wagt, eine individuelle Neigung zu hegen; andererseits ist sie eine offizielle Persönlichkeit, die die Volksfeste verherrlicht, und um deren Beaufsichtigung sich Geistliche, Städte und Fürsten streiten. Welche Unsittlichkeit der Gesetzgebung! ruft Bloch mit Recht aus.

Die Formen der Prostitution im Mittelalter sind verschieden; im Orient mit seinen großen Städten findet sich besonders die freie, im Abendland mit fast ausschließlich kleinen Städten die des Bordells; jede auch noch so kleine Stadt von wenigen Hundert Einwohnern hatte im Mittelalter ihr Frauenhaus. Zwei die damalige Prostitution wesentlich begünstigende Umstände führt Bloch des Näheren aus, den Überschuß an Frauen und die große Zahl gesetzlich unverheirateter Männer (Geistliche, Gesellen, Studenten).

Digitized by Google

Dazu kamen die vielen fahrenden Leute, deren Menge durch das unsoziale Mittel der Acht- und Bannerklärung fortdauernd gesteigert wurde. Was im Orient die großen Städte, bedeuteten im Abendland die Volksfeste, Turniere, Messen, Konzile, Wallfahrten, Kreuzzüge und Kriege mit ihrem unausbleiblichen Gefolge von Scharen Prostituierter und Kuppler.

Mit der Geschichte der Magdalenenhäuser, der Asyle und Besserungsanstalten und der übrigen, völlig unwirksamen polizeilichen Bekämpfung der Prostitution des Mittelalters schließt der inhaltreiche erste Band von Blochs Prostitutionswerk, welches viel mehr ist als ein schätzbares Sammelwerk. Zum ersten Male ist hier diese wichtige Kehrseite des menschlichen Lebens in die richtige wissenschaftliche Beleuchtung gerückt; viele paradoxe Erscheinungen auf diesem Gebiete haben durch umsichtige historische und anthropologische Forschung ihre Erklärung gefunden; von der Urzeit bis zum Ausgang des Mittelalters hat uns Bloch die dunklen und oft verborgenen Pfade dieses allzumenschlichen Gebildes nachgewiesen und erhellt. Wer diesen ersten Teil des Werkes und den „Ursprung der Syphilis" von demselben Verfasser kennt, wird leicht erraten, wie in dem nächsten Bande die Prostitution unter dem grausigen Einfluß der Syphilis sich wandelt und zur komplexen Erscheinung der modernen Prostitution heranwächst, und wird diesen Band — wie der Referent — mit Spannung erwarten.

P. G. Unna.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Eine übersehene Funktion der Bartholinschen und Cowperschen Drüsen, von D. T. Smith-Louisville, Ky. (Journ. amer. med. assoc., 28. Dezember 1912.) Außer den bekannten Aufgaben beim sexuellen Akt haben die Bartholinschen und Cowperschen Drüsen noch eine bisher übersehene Funktion nach der Uriuentleerung, indem bei der Frau das Vestibulum und die angrenzenden Teile, beim Mann die Harnröhre, die durch den Urinstrahl vom Schleim befreit sind, durch die Kontraktion der genannten Drüsen wieder mit schleimigem Sekret bedeckt werden. Beim Mann ist diese Sekretion häufig so stark, daß sie als Harnröhrenausfluß bemerkbar wird, eine Erscheinung, die zur Fehldiagnose Spermatorrhöe führen kann. Fendt-Wiesbaden.

a. Penis, Urethra, Blase.

Fibrom der Eichel bei multipler Fibromatose, von L. Desgouttes. (Lyon méd., 1913, Nr. 4.) Ein 60jähriger Mann bemerkte seit 25 Jahren das Auftreten disseminierter, subkutaner Knoten. Seit zehn Jahren nahm die Eichel an Größe zu, der Patient achtete aber erst darauf, als die Zeichen einer Balanitis auftraten. Es fand sich an der rechten und unteren Seite ein großer Tumor, der auf die Oberfläche ulzeriert war. Der normale Rest der Glans war nach links gedrängt, kaum unterscheidbar. Die Diagnose wurde zuerst auf Epitheliom gestellt, aber nach Entdeckung der multiplen Fibrome rektifiziert. Operative Entfernung. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein neues Operations-Urethroskop, von Geza Greenberg-New York. (New York med. journ., 28. Dez. 1912.) Nachdem G., wohl auch mit anderen, die Erfahrung gemacht hatte, daß bei Harnröhrenaffektionen, die zwischen den Falten der Schleim-

Digitized by Google

haut verborgen sind, die Endoskopie sowie Behandlung unbefriedigende Resultate liefert, konstruierte er einen einfachen Apparat, der zur Ausdehnung der Harnröhre mittelst Lufteinblasung dient und am distalen Ende des Endoskops angebracht ist. Am proximalen Ende desselben ist ein Fenster; während der Untersuchung wird die Harnröhre mittelst Luft (durch einen kleinen, mit einem Hahn verbundenen Ballon) aufgebläht und bleibt es durch Schluß des Hahnes. Am äußeren Ende des Endoskops ist eine Vergrößerunglinse angebracht. Nach vollendeter Untersuchung kann die Behandlung unter der Dehnung vorgenommen werden, indem man ein spezielles luftdichtes Fenster für das zu benützende Insrument gebraucht. Kleinere Entzündungsherde der Harnröhre können auf diese Weise behandelt werden, ohne daß gesundes Gewebe verletzt wird; ebenso ist eine solche Dehnung zur Einführung filiformer Bougies und zur genauen Diagnose einer Strikturstelle sehr zweckmäßig. Außer dem gewöhnlich gekrümmten Endoskop hat G. ein spezielles zur Untersuchung der oberen Wand der Pars prostatica und membranacea sowie des Sphinkter vesicae konstruiert. Stern-München.

Zum aseptischen Katheterismus, von Franz Czablewski-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 33.) C. empfiehlt einen neuen Kathetercreme „Gantesol", eine Lösung von Tragant in Glyzerin mit einem Zusatz von 0,2% Hg oxycyanat. und 1% Na chlor. O. Valentiner-Leipzig.

Harnröhren-Dränage bei der Behandlung chronischer Urethritis, von G. H. Persson-Mount Clemens, Mich. (New. York med. journ., 30. Nov. 1912.) Ausgehend von der Ansicht, daß Dränage unter allen Verhältnissen, wo Eiteransammlung vorhanden ist, angezeigt sei, ersann P. eine Methode, die sowohl kurative wie diagnostische Bedeutung hat und darin besteht, antiseptische wie sterile Mittel mittelst Gazedräns in die Harnröhre einzuführen. Die sterilen Dräns können in zweifelhaften Fällen von großem Werte sein, um die Anwesenheit von Gonokokken festzustellen, und die antiseptischen leisten im Harnröhrenkanale dieselben Dienste wie Gazeverband bei der chirurgischen Wundbehandlung. Milchsäurefermente sind bei der Behandlung der chronischen Urethritis angezeigt, weil sie keimtötende Wirkung auf die, die Harnröhre schädigenden Mikroorganismen haben. Gewisse Milchfermente erzeugen unter günstigen Bedingungen Bakterienprodukte, welche die Tätigkeit der mit ihnen in Berührung gekommenen Zellen erhöhen und so im vorliegenden Falle die Resorption der periglandulären Infiltration, welche der charakteristische pathologische Faktor bei der chronischen Urethritis ist, bewerkstelligen. Notwendige Erfordernisse zum Erfolge sind erstens eine geeignete Methode, ohne Unbehagen für den Patienten die Dränage auszuführen, und zweitens eine erweichende Substanz, welche die Harnwege schlüpfrig macht, ohne die resorbierende Wirkung des Dräns zunnichte zu machen, und in welcher das Ferment einen günstigen Boden zu seiner Entwicklung findet. Dieses Mittel muß auch Elemente enthalten, in deren Gegenwart die Milchsäureorganismen eine große Menge von Enzymen produzieren oder vermehrte lokale Zelltätigkeit und damit Bildung bakteriotroper Substanzen sich einstellt. P. verfertigte nun ein steriles Präparat, dessen Hauptbestandteile Gelatine und Molke sind, das, in die Harnröhre eingeführt, auch als Gleit- und Nährmittel für die getrockneten Milchsäurekeime dient. Der mit den letzteren imprägnierte Drän wird nach Einführung des erstgenannten Gleitmittels ebenfalls in die Harnröhre eingeführt und 3—8 Stunden darin belassen, welche Zeit eine genügend lange ist, um die Fermentbildung zu einer entsprechend reichlichen zu gestalten und so auf alle Teile der Schleimhaut einzuwirken. Ohne genaue Einzelheiten über die Ausführung seiner Methode und die Zahl der geheilten Fälle zu geben, erklärt P., die oben genannten Erfordernisse seien nicht schwer zu erfüllen, und er sei in einem unerwartet großen Prozentsatz der behandelten Fälle mit Erfolg belohnt worden. Stern-München.

Digitized by Google

Elektrothermische Bougies zur Behandlung von Harnröhrenstrikturen, von Ph. KOBELT-Berlin. (Ztschr. f. ärztl. Fortb., Februar 1913.) Die erwärmten Strikturen werden infolge seröser Durchtränkung des Gewebes geschmeidig und schneller dehnbar, so daß in einer Sitzung stärkere Kaliber aufeinanderfolgend angewendet werden können und die Behandlungsdauer abgekürzt wird. Die Behandlung geschieht ohne lästiges Empfinden seitens des Patienten. Das Instrumentarium besteht aus elektrisch erwärmbaren elastischen und metallnen Bougies in jeder Stärke der CHARRIÈREschen Skala, einem in den Stromkreis geschalteten Kontrollthermometer, einem Akkumulator und dem den Anschluß versehenden Kabel. Die Temperatur der eingeführten Sonde wird auf ca. 50° erhöht: das Bougie bleibt 10 Minuten liegen. Es werden nicht nur die weichen und weiten, sondern die schweren hinteren kallösen Strikturen werden damit beeinflußt. W. Chrzelitzer-Posen.

Die Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von J. LABORDERIE-Sarlat. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 47). In vorliegendem Aufsatz schaltet der Verfasser die lineare Elektrolyse, welche nichts Weiteres als eine elektrolytische Urethrotomie ist, von vornherein vollständig aus und berücksichtigt nur die von NEWMAN angegebene zirkuläre oder zylindrische Methode, zu deren Ausführung er ein besonderes Instrument angegeben hat. Man führt diejenige Nummer des Instruments, die eben die Striktur nicht mehr passiert, bis zur verengten Stelle ein, läßt einen Strom von 8—10 Milliampere einige Sekunden einwirken, worauf die Sonde leicht passiert. Nach 8—10 Tagen wird die Sitzung wiederholt. Die Wirkung wird durch einen resolvierenden Einfluß der bei der Elektrolyse gebildeten Stoffe auf das Narbengewebe der Stenose erklärt.

A. Gunsett-Straßburg.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Gebrauchsanweisung für den haltbaren Gramfarbstoff nach KLAUSNER. (Zu beziehen von Dr. Grübler & Co. in Leipzig.) Bakterienfärbung nach GRAM: 1 Minute in der Kälte färben, hierauf typisches Gramverfahren. Spirochaeta pallida: 30 Sekunden bis 1 Minute wird das osmierte Präparat über der Flamme gefärbt, hierauf Abspülen mit Wasser, Trocknen, Ölimmersion. Hyphomyzeten-Hornfärbung usw. im Schnitt: Färbungsdauer 1 Minute. (Näheres Berl. klin. Wochenschr., Nr. 4, 1911, und Nr. 7, 1913.) Autoreferat.

Verschiedenes.

Krankenhausdirektor Priv.-Doz. Dr. JOHAN ALMKVIST ist als Nachfolger von MAGNUS MÖLLER zum Professor der Syphilidologie am Karolinska Medico Kirurgiska Institut in Stockholm ernannt worden.

Die Firma E. Leitz in Wetzlar hat PAUL EHRLICH das 150000. in ihren Werken hergestellte Mikroskop dediziert.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

19. April 1913 | Nr. 16 | Band 56

Aus der syphilidologischen Klinik des Krankenhauses St. Göran in Stockholm.
(Vorstand: Prof. Dr. Johan Almkvist.)

Die Einwirkung wiederholter Salvarsan- und Neosalvarsaninjektionen auf das Blut.

Von

Dr. Karl Hedén, Assistenzarzt.

Schon lange wissen wir, daß das Arsen bei gewissen Blutkrankheiten einen Einfluß auf das Blut auszuüben vermag, infolgedessen es zu therapeutischen Zwecken Anwendung gefunden hat. Ob es das normale Blut auch verändert, ist eine andere Frage.

Schwaer hat die Einwirkung therapeutischer As-Dosen bei Hautkrankheiten und Syphilis studiert und dabei gefunden, daß die As-Präparate in therapeutischen Dosen die Gesamtzahl weißer Blutkörperchen nicht verändert, nur in besonderen Fällen, namentlich bei schon bestehender Neigung, die eosinophilen Zellen und bei gleichzeitiger Reduktion der neutrophilen Leukozyten die Lymphozyten vermehren. Er hat verschiedene As-Präparate verwendet.

Die Einwirkung des Arsens auf das Blut mag wohl am deutlichsten hervortreten, wenn das Arsenpräparat direkt ins Blut injiziert wird, also bei intravenösen Injektionen, weshalb Blutuntersuchungen besonders bei diesen wichtig scheinen.

Die Wirkung intravenös injizierter arseniger Säure auf das Blut, ist von Almkvist und Welander bei Psoriasiskranken studiert. Sie haben teils eine Verminderung des Hämoglobingehaltes wie auch der Zahl der roten und Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen gefunden. Die Abnahme der roten Blutkörperchen war jedoch nur unbedeutend. Von den verschiedenen Arten der weißen Blutkörperchen zeigten in einigen Fällen die eosinophilen Zellen eine gewisse Vermehrung.

Nach der Einführung intravenöser Salvarsaninjektionen sind Blutuntersuchungen bei den behandelten Patienten ziemlich zahlreich ausgeführt worden.

Sie haben gezeigt, daß das Salvarsan Veränderungen sowohl der Blutkörperchen als des Blutdruckes hervorrufen können. Neben anderen sind solche Untersuchungen von Paul Dorn, Mac Kee, Endollimow,

Digitized by Google

Pawalow, Bessaiss, Wäwiorowski, Levy-Bing, L. Doréus, M. Dagny, Sieskind, Magat und Schwaer gemacht.

Paul Dorn hat seine Untersuchungen teils bei intramuskulären, teils bei intravenösen Injektionen gemacht. Bei jenen hat er eine Vermehrung der Leukozyten 2—3 Stunden nach der Salvarsaninjektion gefunden, welche Vermehrung 2—3 Tage dauerte. Der Höchstwert der Leukozytenzahl betrug 14410. Bei diesen zeigte sich gewöhnlich eine Stunde nach der Salvarsaninjektion eine Verminderung der Leukozytenzahl, in gewissen Fällen sogar eine Leukopeni. Nach 2—4 Stunden beginnt doch die Anzahl der Leukozyten zu steigen bis zu oder sogar über den normalen Wert. Die größte gefundene Anzahl war 19900. Nach 24 Stunden ist doch bei den intravenösen Injektionen die Vermehrung verschwunden. Vier Stunden nach der Salvarsaninjektion hat er eine Verminderung des Hämoglobins mit bis 20 % gefunden, welche doch nicht mehr als 24 Stunden dauerte. Nach 48 Stunden ist das Hämoglobin manchmal vermehrt. Die roten Blutkörperchen zeigten Schwankungen, welche mit dem Hämoglobingehalt übereinstimmten.

In Übereinstimmung hiermit hat Mac Kee mehrere Stunden nach Salvarsaninjektionen eine Verminderung der Erythrozytenzahl und eine mäßige Vermehrung der Leukozytenzahl besonders der polymorphkernigen beobachtet. Nach 24 Stunden waren doch diese Veränderungen verschwunden.

Pawalow hat gefunden, daß „im Blute die Leukozyten eine Vermehrung zeigen und hier wieder ins besondere die kleinen und großen Lymphozyten, also die Jugendformen. Nicht die Reizwirkung des Salvarsans auf die blutbildenden Organe, sondern die Einwirkung auf ein Harmon, das der Umwandlung der niedrigen organisierten Formen der Leukozyten in höhere dient, bedingt die Verschiebung des Blutbildes".

Endollimow hat 12 Fälle untersucht. Er fand nur unbedeutende Veränderungen des Hämoglobingehaltes, die nicht 8 % überschritt. Die Erythrozyten zeigten eine gewisse Neigung zur Vermehrung. In 6 Fällen war eine deutliche Leukozytose zu finden. Die größte Vermehrung war 3500. In 8 Fällen bestand eine Vermehrung der eosinophilen Leukozyten und in 5 eine Vermehrung der Lymphozyten.

Bessaiss hat eine Hyperleukozytose mit Vermehrung der polymorphkernigen Leukozyten und eine große Vermehrung der Erythrozyten gefunden.

A. Levy-Bing, L. Doréus und M. Dagny haben gewöhnlich eine Verminderung, selten eine Vermehrung der Leukozytenzahl, manchmal eine Herabsetzung des Hämoglobingehaltes beobachtet.

Richard Sieskind zeigt in seinen Untersuchungen, daß der Blutdruck nach der Salvarsaninjektion sinkt, weswegen er bei vermindertem Blutdrucke die Anwendung des Salvarsans als kontraindiziert ansieht.

Bei den Untersuchungen Schwaers war der Hämoglobingehalt des Blutes nach den Salvarsaninjektionen entweder unverändert oder herabgesetzt. Die Anzahl der roten Blutkörperchen war teils vermehrt, teils vermindert. Die Gesamtzahl der Leukozyten war auch verschieden. In drei Viertel der Fälle waren die neutrophilen, polymorphkernigen Leu-

Digitized by Google

kozyten vermehrt, die Lymphozyten dagegen vermindert. Die anderen Arten der Leukozyten zeigten keine konstanten Veränderungen.

J. Magat hat sowohl bei intramuskulären als intravenösen Salvarsaninjektionen während der ersten Tage nach den Injektionen eine Vermehrung sowohl der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins, als auch der weißen Blutkörperchen gesehen.

Unter seinen 20 Fällen hat Sawnik in 16 eine schon nach 24 Stunden deutliche Vermehrung der roten Blutkörperchen, in 4 dagegen keine Vermehrung derselben gesehen. In allen Fällen hatten die Leukozyten sich vermehrt, bei einigen doch erst im dritten bis vierten Tage nach der Injektion. Die Vermehrung fuhr manchmal während drei Wochen fort und zeigte ihr Maximum binnen acht bis vierzehn Tagen. Die verschiedenen Arten der Leukozyten behielten ihre Prozentzahl.

Im Gegensatze zu den jetzt erwähnten Untersuchungen, die nur bei einer Salvarsaninjektion gemacht sind, habe ich meine Untersuchungen bei wiederholten Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan, gewöhnlich mit einer Zwischenzeit von vier Tagen, ausgeführt. Die größte Anzahl von Injektionen waren 8. Sämtliche Fälle waren nicht früher behandelt. Die Untersuchungen sind (mit Ausnahme von Fall 10) in denselben Stunden des Tages gemacht. Die erste Untersuchung jedes Falles ist 6—8 Stunden nach der Injektion, die übrigen mit einer Zwischenzeit von 24 Stunden täglich ausgeführt. Nach den Injektionen sind die Patienten während 24 Stunden im Bett geblieben und bekamen keine oder nur wenig flüssige Speise zu essen. Ich habe unter gleichen Versuchsbedingungen gearbeitet, und der Faktor der Verdauungsleukozytose ist ausgeschalten. Keine Gewebsläsionen oder Infiltrate haben die Leukozytose beeinflussen können. Sämtliche Injektionen wurden intravenös gegeben. Das Salvarsan ist nach der Methode Schreibers in 200 ccm Kochsalzlösung gegeben. Das Wasser ist unmittelbar vor der Behandlung in der Autodestillator nach Dr. Almkvist destilliert und sowohl NaOH wie NaCl sind genau sterilisiert worden[1]). Nur in Fall 10 ist eine Temperatursteigerung mit Herxheimers Reaktion vorgekommen; die übrigen Fälle sind ganz reaktionslos verlaufen.

Das Neosalvarsan ist auch in frisch destilliertem Wasser gelöst. Bei meinen Untersuchungen habe ich den Blutkörperchenzählapparat von Thoma-Zeiss angewandt und gewöhnlich ist die Rechnung der Blutkörperchen 2—3 mal ausgeführt. Die weißen Blutkörperchen sind nach May-Grünwald gefärbt, und gewöhnlich habe ich bei jeder Untersuchung zwei Präparate und wenigstens 400 weiße Blutkörperchen in jedem gezählt. Der Hämoglobingehalt ist nach Fleischl und der Blutdruck nach Riva-Rocci bestimmt worden.

[1]) Dieser Apparat wird von der Akt.-Ges. Alt, Ebrhardt & Jäger, Ilmenau in Thüringen, in Handel gebracht.

Digitized by Google

Fall 1. 21 jähr. Arbeiter. Syphilis recens (Primäraffekt, Polyscleradenit. ingu. bilat., WR +++).

Tabelle I.

Datum 1912	Dosis	Blutdruck mm Hg	Hämoglobin	Anzahl roter Blutkörperchen	Anzahl weißer Blutkörperchen	Neutrophile	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten	Große mononukleäre und Übergangsformen
						in Prozenten				
23. 2.		120	100	4480	10000	78	0,8	0,2	19	2
24. 2.	0,4 g Salvarsan	90	90	4430	13500	83	1	0,2	13	2,8
25. 2.		115	95	4465	11500	80	1,5	0,5	16	2
26. 2.		115	100	4450	10500	79	1	0,5	17	2,5
27. 2.		118	100	4450	9600	80	1,5	0,5	16	2
28. 2.	0,4 g Salvarsan	115	95	4475	9800	84	1	0,5	13	1,5
29. 2.		125	100	4500	9600	79	1	0,5	17	2,5
1. 3.		120	100	4450	9500	77	1,5	1	18,5	2
2. 3.		125	90	4425	10000	78	1	0,5	18,5	2
3. 3.		125	90	4420	9800	77,5	1	0,2	20	1,8
4. 3.		130	90	4430	9250	78	0,5	0,5	19,5	1,5
8. 3.	0,4 g Salvarsan	125	85	4425	9800	81	1	0,5	16	1,5
9. 3.		120	85	4420	9500	80	1	0,5	17	1,5
10. 3.		130	90	4430	9000	77	1,5	0,2	19,8	1,5
12. 3.		130	90	4425	8500	77,5	1,5	0,3	19,7	1
13. 3.	0,4 g Salvarsan	120	90	4410	10000	80	1,5	0,4	16,6	1,5
14. 3.		125	95	4420	9000	77	1	0,5	20	1,5
15. 3.		125	95	4425	9500	75,5	1	0,5	21	2
16. 3.		120	95	4425	9000	75	2	0,5	21	1,5
17. 3.		120	100	4430	8500	74	2,5	0,5	21,5	1,5
18. 3.	0,4 g Salvarsan	118	100	4440	9000	74	3	0,5	21	1,5
19. 3.		125	100	4445	8500	73	3,5	0,5	21	2
21. 3.		120	100	4450	8500	73,5	4	0,5	20,5	1,5
22. 3.	0,4 g Salvarsan	120	100	4455	8500	74,5	4,5	0,5	19,5	1
23. 3.		125	100	4460	8750	73,5	5	1	19	1,5
25. 3.		130	100	4470	8600	73	5,5	1,5	18	2
26. 3.	0,4 g Salvarsan	125	100	4475	9000	72,5	6,5	1	18	2
27. 3.		125	100	4480	9500	72	6,5	0,5	19,5	1,5
28. 3.		125	100	4485	9000	72	6,5	0,3	20,5	0,7
30. 3.	0,4 g Salvarsan	125	100	4485	9200	71,5	5	0,4	22,5	0,6
31. 3.		130	100	4485	9400	70	5,5	0,5	23	1

Der Blutdruck zeigt nur nach der ersten Injektion eine unbedeutende Verminderung, übrigens sind keine nennenswerten Veränderungen des Blutdruckes gefunden. Das Hämoglobin zeigt auch eine gewisse Verminderung nach der ersten Injektion, nachher aber keine Veränderungen. Die roten Blutkörperchen wurden nur unbedeutend in verschiedenen Beziehungen verändert. Die weißen Blutkörperchen sind

Digitized by Google

nur nach der ersten Injektion in ihrer Gesamtzahl unbedeutend vermehrt (die größte Vermehrung 3500), zeigen aber nach den folgenden keine ersichtlichen Veränderungen. Von den verschiedenen Arten der weißen Blutkörperchen sind die neutrophilen, polymorphkernigen Leukozyten nach der ersten Injektion unbedeutend vermehrt, nicht aber nach den folgenden. Die Lymphozyten dagegen zeigen während der Behandlung eine zunehmende relative Vermehrung. Auch die eosinophilen Leukozyten sind am Ende der Behandlung unbedeutend vermehrt.

Fall 2. 18jähr. Seemann. Syphilis recens (Primäraffekt, Polyscleradenit. ingu. bilat., WR +++).

Tabelle II.

Datum 1912	Dosis	Blutdruck mm Hg	Hämoglobin	Anzahl roter Blutkörperchen	Anzahl weißer Blutkörperchen	Neutrophile	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten	Große mononukleäre und Übergangsformen
						in Prozenten				
27. 2.		110	95	4520	6850	75	0,5	0,2	23,5	0,8
28. 2.	0,4 g Salvarsan	75	95	4600	15500	82	1	0,5	15,5	1
29. 2.		95	95	4550	9200	78	1,2	0,8	20	1
1. 3.		100	95	4550	7800	77	1,5	0,5	19,5	1,5
3. 3.		105	95	4560	7500	75	1,5	0,4	21,5	1,6
4. 3.	0,4 g Salvarsan	90	95	4550	8000	78	2	0,5	18	1,5
5. 3.		105	100	4525	8100	77,5	2,5	0,5	17,5	2
8. 3.		110	100	4530	8000	74	2	0,5	21,5	2
9. 3.	0,4 g Salvarsan	100	100	4520	8000	77,5	2,5	0,2	18	1,8
10. 3.		118	100	4525	7800	75,5	2	0,2	20,5	1,8
12. 3.		116	100	4480	7000	75	2	0,5	20,5	2
13. 3.	0,4 g Salvarsan	115	100	4450	7100	78	2	0,5	18	1,5
14. 3.		118	100	4440	7000	76,5	2,5	0,5	18,5	2
17. 3.		118	100	4330	6500	72	2	0,5	23	2,5
18. 3.	0,4 g Salvarsan	115	100	4220	6550	74,5	2	0,5	21	2
19. 3.		120	100	4225	6600	73	2	0,8	22	2,2
21. 3.		120	100	4230	6500	74	2	0,5	21	2,5
22. 3.	0,4 g Salvarsan	115	100	4230	7000	75	1,5	0,5	20,5	2,5
23. 3.		115	100	4235	6800	74,5	1,5	0,5	21	2,5
25. 3.		115	100	4230	6700	74	1	0,5	22,5	2
26. 3.	0,4 g Salvarsan	115	100	4235	6650	74,5	1,5	0,8	21	2,2
27. 3.		118	100	4230	6600	73,5	1	0,5	22,5	2,5
29. 3.		120	100	4235	6550	73	1	0,5	23,5	2
30. 3.	0,4 g Salvarsan	118	100	4230	6500	72,5	0,8	0,4	24	2,3
31. 3.		118	100	4235	6000	72	1	0,5	24,5	2

Der Blutdruck zeigt nach der ersten Injektion eine vorübergehende Herabsetzung, nach den übrigen Injektionen keine nennenswerten Veränderungen. Der Hämoglobingehalt und die roten Blutkörperchen sind hauptsächlich unverändert. Die Gesamt-

Digitized by Google

anzahl weißer Blutkörperchen steigt nach der ersten Injektion von 6850—15500, ist aber nach 24 Stunden bis 9200 herabgesunken. Nachher keine größeren Veränderungen. Nach der ersten Injektion zeigt sich auch eine deutliche, aber bald vorübergehende Vermehrung der polymorphkernigen Leukozyten. Eine ähnliche Vermehrung kann man wieder nach den folgenden Injektionen bemerken, sie wird aber unbedeutender und zeigt sich nicht nach den sechsten, siebenten und achten Injektionen.

Fall 3. 25 jähr. Arbeiter. Syphilis recens (Primäraffekt, Polyscleradenit. ingu., WR —).

Tabelle III.

Datum 1912	Dosis	Blutdruck mm Hg	Hämoglobin	Anzahl roter Blutkörperchen	Anzahl weißer Blutkörperchen	Neutrophile	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten	Große mononukleäre und Übergangsformen
						in Prozenten				
12. 3.		130	100	5200	13000	71,5	0,5	0,2	26	1,8
13. 3.	0,4 g Salvarsan	110	90	5100	17000	82	1	0,5	14,5	2
14. 3.		116	100	4920	15000	75	1	0,5	21,5	2
15. 3.		122	100	4900	12500	73,5	0,75	0,25	23,5	2
16. 3.		122	100	5000	11500	72	1	0,5	25	1,5
17. 3.		125	100	5100	11000	73	1	0,5	23,5	2
18. 3.	0,4 g Salvarsan	110	100	5110	11000	72	0,8	0,2	25	2
19. 3.		130	100	5120	11200	75,5	1	0,5	24,5	1,5
21. 3.		128	100	5110	11100	71	0,5	0,5	26	2
22. 3.	0,4 g Salvarsan	122	100	5100	11000	72,5	1	0,5	24,5	1,5
23. 3.		122	100	5100	10500	72	1,5	0,5	24	2
25. 3.		120	100	5110	10000	72,5	2	0,5	23	2
26. 3.	0,4 g Salvarsan	120	100	5100	9500	72,5	2,5	0,5	23	1,5
27. 3.		122	100	5000	9600	71,5	2,5	0,5	23,5	2
29. 3.		125	100	5100	9650	71	2,5	0,5	24	2
30. 3.	0,4 g Salvarsan	130	100	5000	9550	72	2,5	0,5	22,5	2,5
31. 3.		130	100	5100	9200	71,5	2,5	0,5	23,5	2
2. 4.		128	100	5100	9000	71	2,5	0,5	23,5	2,5
3. 4.	0,4 g Salvarsan	130	100	5000	8500	70	3	0,5	24,5	2
4. 4.		130	100	5000	8000	70	3	0,5	24	2,5
9. 4.		130	100	5100	7850	68	3	1	25,5	2,5
10. 4.	0,4 g Salvarsan	132	100	5000	7650	66,5	2,5	0,5	28,5	2
11. 4.		130	100	5000	7850	65	2,5	0,5	30,5	1,5
14. 4.		125	100	5110	7900	67	2,5	0,5	28	2
15. 4.	0,4 g Salvarsan	128	100	5100	7950	66	3	0,5	28,5	2
16. 4.		130	100	5100	8100	65,5	2,5	0,5	30	1,5

Sowohl nach der ersten als auch nach der zweiten Injektion eine doch etwas schwächere Herabsetzung des Blutdruckes. Nach den folgenden Injektionen keine Blutdrucksveränderung. Das Hämoglobin zeigt in diesem Fall eine unbedeutende Vermin-

Digitized by Google

derung nach der ersten Injektion, nicht aber nach den folgenden. Diese Verminderung ist doch kaum von einer Herabsetzung der Gesamtzahl roter Blutkörperchen begleitet. Die Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen und der polymorphkernigen Leukozyten zeigen nach der ersten Injektion ähnliche Veränderungen wie im vorigen Falle, nach den folgenden Injektionen aber kaum eine Vermehrung und im allgemeinen zeigt sich gegen Ende der gesamten Behandlung eine Verminderung der weißen Blutkörperchen und der polymorphkernigen Leukozyten. Die eosinophilen Leukozyten aber nehmen mit der Behandlung allmählich zu, wenn auch nicht so bedeutend wie im Falle 1.

Fall 4. 23 jähr. Arbeiter. Syphilis recens (Primäraffekt, Polyscleradenit. ingu. bilat., WR ++++).

Tabelle IV.

Datum 1912	Dosis	Blutdruck mm Hg	Hämoglobin	Anzahl roter Blutkörperchen	Anzahl weißer Blutkörperchen	Neutrophile	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten	Große mononukleäre und Übergangsformen
						in Prozenten				
2. 4.		130	100	4650	8900	75	1	0,4	20	1,6
3. 4.	0,4 g Salvarsan	110	95	4550	11100	80	1,2	0,5	16	2,3
4. 4.		132	100	4555	9100	78	1,5	0,5	18	2
5. 4.		130	100	4650	8550	76,5	2	0,5	19	2
6. 4.		132	100	4660	8600	75	2,5	0,5	19,5	2,5
9. 4.		132	100	4665	8550	75,5	2,5	0,5	20	2
10. 4.	0,4 g Salvarsan	120	100	4660	10300	80	3	1	13,5	2,5
11. 4.		130	100	4665	9000	76,5	3	0,5	18	2
12. 4.		132	100	4700	8500	74	3,5	0,5	20	2
14. 4.		130	100	4710	8400	72,5	3	0,5	21,5	2,5
15. 4.	0,4 g Salvarsan	122	100	4725	10000	74	3,5	0,5	20	2
16. 4.		120	100	4720	9500	74,5	3,5	0,5	19,5	2
18. 4.		120	100	4725	9500	73,5	3	0,5	20,5	2,5
19. 4.	0,4 g Salvarsan	125	100	4730	10100	75	2,5	0,5	20	2
20. 4.		120	100	4735	10000	74,5	2	0,5	21	2
22. 4.		118	100	4740	9500	72,5	1,5	0,5	23	2,5
23. 4.	0,4 g Salvarsan	116	100	4750	9450	71	1	0,5	25,5	2
24. 4.		116	100	4745	9350	72,5	1	0,5	24	2
26. 4.		110	100	4755	8550	73	0,5	0,5	24	2
27. 4.	0,4 g Salvarsan	110	100	4760	7850	72	1	0,5	24,5	2
28. 4.		112	100	4765	7950	74	0,5	0,5	22,5	2,5
1. 5.	0,4 g Salvarsan	110	100	4768	8150	76	1	0,5	20,5	2
2. 5.		115	100	4775	8200	74,5	0,5	0,5	22,5	2
6. 5.	0,4 g Salvarsan	120	100	4810	7950	73	0,5	0,5	24	2
7. 5.		122	100	4800	8120	72	0,5	0,5	24,5	2,5

Der Blutdruck sinkt nach der ersten Injektion und, auch aber sehr unbedeutend, nach der zweiten und dritten. Der Hämoglobingehalt und die Anzahl roter Blut-

Digitized by Google

körperchen halten sich während der Behandlung unverändert. Die weißen Blutkörperchen insgesamt und die polymorphkernigen Leukozyten zeigen nach der ersten Injektion eine unbedeutende, nach den übrigen Injektionen eine noch kleinere Vermehrung. Die Lymphozyten zeigen während der Behandlung eine unbedeutende und unregelmäßige Vermehrung während der Behandlung. Die eosinophilen Leukozyten sind nach der ersten bis dritten Injektion etwas vermehrt.

Fall 5. 25jähr. Kellner. Syphilis (WR +++, sonst keine Symptome).

Tabelle V.

Datum 1912	Dosis	Blutdruck mm Hg	Hämoglobin	Anzahl roter Blutkörperchen	Anzahl weißer Blutkörperchen	Neutrophile	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten	Große mononukleäre und Übergangsformen
						in Prozenten				
14. 4.		138	60	4120	9000	65	0,5	0,2	32,5	1,8
15. 4.	0,4 g Salvarsan	124	60	4100	11500	72	1	0,5	24,5	2
16. 4.		130	60	4000	8500	70	1,5	0,5	26	2
17. 4.		132	65	4100	8000	67	2	0,5	28	2,5
18. 4.		130	70	4110	7500	67,5	2,5	0,5	28	2
19. 4.	0,4 g Salvarsan	132	75	4200	7600	68	3	0,5	26	2,5
20. 4.		128	75	4210	7550	70	3,5	0,5	24	2
22. 4.		130	80	4220	7600	67	2,5	0,5	29	2
23. 4.	0,4 g Salvarsan	128	80	4230	8120	70,5	2	0,5	25	2,5
26. 4.		130	90	4245	9000	71	1,5	0,5	25	2
27. 4.	0,4 g Salvarsan	128	90	4310	8900	72	1,5	0,5	23,5	2,5
28. 4.		125	95	4330	9000	73	1	0,5	23,5	2
30. 4.		122	95	4340	8900	74,5	1	0,5	21,5	2,5
1. 5.	0,4 g Salvarsan	122	95	4410	7800	75	1	0,5	20,5	2
2. 5.		125	95	4400	7750	73	0,5	0,5	23,5	2,5
6. 5.	0,4 g Salvarsan	125	95	4410	6950	75,5	0,5	0,5	21,5	2
17. 5.		128	95	4420	6500	76	0,5	0,5	21	2
9. 5.		130	95	4425	7850	74	1	0,5	22,5	2
0. 5.	0,4 g Salvarsan	125	95	4415	7650	73,5	0,5	1	23	2
11. 5.		128	95	4420	8450	74	1	0,5	23	1,5
13. 5.		132	95	4440	9125	76	0,5	0,5	21	2
14. 5.	0,4 g Salvarsan	135	90	4430	9200	75,5	0,5	0,5	22	1,5
15. 5.		132	95	4435	8950	75	0,5	0,5	22	2

Nur nach der ersten Injektion ist der Blutdruck etwas herabgesetzt. Der Hämoglobingehalt steigt während der Behandlung allmählich von 60—95%. Auch zeigen die roten Blutkörperchen eine gewisse Steigerung gegen das Ende der Behandlung. Die Veränderungen der weißen Blutkörperchen stimmen mit denjenigen des Falles 4 überein. Die relative Lymphozytose findet doch nicht statt, im Gegenteil zeigen die Lymphozyten eine gewisse Verminderung.

Digitized by Google

Fall 6. 45 jähr. Arbeiter. Syphilis tertiaria (Cicatrices syph., WR —).

Tabelle VI.

Datum 1912	Dosis	Blutdruck mm Hg	Hämoglobin	Anzahl roter Blutkörperchen	Anzahl weißer Blutkörperchen	Neutrophile	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten	Große mononukleäre und Übergangsformen
						in Prozenten				
14. 4.		134	75	4285	5200	75,5	2	1,5	19	2,5
15. 4.	0,4 g Salvarsan	145	70	4250	5200	78,5	2,5	1	15,5	2,5
16. 4.		138	70	4200	5250	78	2	1,5	16,5	2
17. 4.		140	75	4100	5200	76	1,5	0,5	19,5	2,5
18. 4.		140	75	4000	5100	78	1,5	0,5	18	2
19. 4.	0,4 g Salvarsan	144	75	4000	5100	77	1,5	0,5	18	3
20. 4.		144	75	4100	5200	78	0,5	1	18	2,5
22. 4.		150	80	4100	5100	79,5	1	0,5	15,5	3,5
23. 4.	0,4 g Salvarsan	155	80	4120	5500	78	1	0,5	16	4,5
24. 4.		150	85	4135	6100	76	1,5	0,5	17	5
26. 4.		140	85	4150	5000	74	1,5	0,5	18	6
27. 4.	0,4 g Salvarsan	148	90	4180	5500	78	1,5	1	16	3,5
28. 4.		144	90	4200	6100	76,5	1	0,5	20	2
30. 4.		140	90	4235	6000	75	1	0,5	21	2,5
1. 5.	0,4 g Salvarsan	140	90	4340	5100	73,5	0,5	0,5	24	2
2. 5.		142	90	4320	5000	74	1	0,5	22	2,5

Im Gegenteil zu den früheren Fällen, zeigt sich der Blutdruck nach mehreren Injektionen etwas vermehrt. Die Veränderung des Hämoglobingehaltes und der roten Blutkörperchen ist mit dem Fall 5 übereinstimmend, doch weniger ausgeprägt. Die weißen Blutkörperchen behalten während der ganzen Behandlung die ungewöhnlich geringe Anzahl von 5000—6000. Die polymorphkernigen Leukozyten sind nach der ersten und vierten Injektion unbedeutend vermehrt.

(Schluß folgt.)

Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag.
(Vorstand: Prof. Dr. Karl Kreibich.)

Skabies bei Epidermolysis bullosa hereditaria.

Von

Dr. A. Wagner, Abteilungsassistent.

Anamnese: J. Hugo, 17 Jahre alt. Mit vier Jahren Morbillen und Varizellen, mit neun Jahren Pneumonie durchgemacht. Seine Mutter hatte von Kindheit an verkrüppelte Nägel an Händen und Füßen, seine Geschwister im Alter von 2, 6, 10 und

Digitized by Google

14 Jahren hatten gesunde Nägel. Wie der Patient von seiner Mutter erfuhr, begannen bei ihm die Nagelerkrankungen im zweiten Lebensjahr. Nach seiner eigenen Beobachtung verlief die Sache immer so: Wenn sich der Patient zufällig einen stärkeren Stoß gegen den freien Nagelrand beibrachte, z. B. als er einmal ein schweres Kistchen unter das Bett schob und mit den Fingern am Bettrand anstieß, so wurde der betroffene Nagel dunkelblauschwarz und ging dann mit und ohne Entzündung gewöhnlich in acht Tagen ab. Die neuen Nägel waren entweder verkümmert oder groß, krallenartig, unter ihnen fanden sich bröckelige Massen; auch diese Nägel wurden wieder abgestoßen, so daß derzeit Patient mit Ausnahme des kleinen Fingers der linken Hand entweder überhaupt keine Nägel oder nur ganz kurze Stümpfe besitzt. Ähnlich fehlen ihm auch ordentliche Zehennägel; da Patient lange barfuß ging, verfielen sie demselben Schicksal. Seit drei Jahren haben Verletzungen auf die Nagelstümpfe keine Einwirkung mehr, hauptsächlich wohl auch deshalb, weil die Überwachsung der Haut den seitlichen Stoß. der zunächst dabei in Betracht kam, aufhält. Stöße von oben auf die Fläche hatten eigentlich niemals schlimme Folgen. Schon von Jugend auf sind die Knöchel der Fingergelenke mit Ausnahme der Grundgelenke gegen Verletzung sehr empfindlich, so daß Stoß oder Schlag eine blutigseröse Blase erzeugt, die eine rote Stelle hinterläßt, welche dann wieder gegen Traumen besonders empfindlich ist. Am Stamm und den übrigen Teilen der Extremitäten traten niemals Blasen auf; nur an den Knieen erzeugten sehr starke Stöße umfangreiche Blasenabhebungen mit blutigserösem Inhalt. Auch diese Empfindlichkeit verlor sich mit dem 12. Lebensjahre. Im 14. Lebensjahre wurde Patient von einer juckenden Hautkrankheit befallen, sie begann am Skrotum, an den Händen, angeblich auch an den Achselfalten und bestand in Knötchen und Bläschen. Es erkrankte von ihm die ganze Familie, wurde aber durch Anwendung einer sehr scharfen Salbe dauernd geheilt. Wegen seiner Hautempfindlichkeit wurde die Salbe nur einmal, an den Händen überhaupt, nicht angewendet, und deshalb besteht die juckende Erkrankung seit drei Jahren fort. Es vermehrten sich die juckenden Knötchen und somit die aufgekratzten Stellen, welche immer mehr zusammenflossen und rote, um so leichter aufkratzbare Stellen hinterließen. Die Haut wurde stellenweise in Fetzen abgerissen, es bildeten sich Borken, unter denen es wieder juckte, und die deshalb wieder heruntergerissen wurden. Während der letzten $2^1/_2$ Jahre, wo Patient vollkommen unbehandelt blieb, entstanden an diesen Stellen mit junger, schlechter Haut durch Kratzen Blasen, deren Größe und Höhe angeblich von der Heftigkeit des Kratzens und von der Ausdehnung des kranken Fleckes abhing. Am stärksten bildeten sich diese Veränderungen an den Unterschenkeln aus, wo der Juckreiz besonders intensiv war und wo offenbar mit den Füßen gekratzt wurde. Sonst pflegte Patient, da seine Nägel nicht zum Kratzen ausreichten, seine Kleider mit den Fingern über den juckenden Stellen zu reiben. Da er mit diesem Vorgang die Haut in ihrer Gänze abrieb, so bemerkte er zwar fortgesetzt blutige Borken, aber schon längere Zeit keine geschlossenen Blasen. Das Gesicht blieb vollkommen frei, auch die obere Hälfte des Stammes.

Infolge des Juckens leidet Patient an Schlaflosigkeit, seit einem Jahr ist er magerer geworden, die Lymphdrüsen am Oberschenkel schwollen mehrfach schmerzhaft an, deshalb Aufenthalt auf der Klinik.

Status praesens: Der vollkommen entkleidete Patient bietet ein durchaus ungewöhntes eigenartiges Bild, das an lang bestehenden Pemphigus erinnern würde, wenn dagegen nicht sofort das vollkommene Freibleiben des Gesichtes und der oberen Stammhälfte sprechen würde; andererseits wird man an die schwersten Formen von Exkoriationen erinnert, obzwar auch bei dieser Annahme manche Veränderungen nicht befriedigend erklärt werden. Bei genauerem Zusehen überzeugt man sich, daß die vielfach

Digitized by Google

streifenförmigen Veränderungen doch kratzenden Traumen entsprechen müssen, nur daß dabei etwas mitspielt, was die Kratzeffekte in ihrem Aussehen, wie folgt, eigenartig macht: Beide Unterschenkel sind zirkulär von einer ganz dünnen häutchenartigen, glänzenden Epidermis überzogen, durch welche die Kutisgefäße bläulichrot, beim Stehen direkt blaurot durchscheinen. Von gleicher Beschaffenheit sind die Fußrücken, während die Kniekehle normale Haut zeigt. Auch an den Oberschenkeln nehmen die krankhaften Veränderungen nicht die gesamte Haut ein, sondern sind von noch erhaltener Haut unterbrochen. Das gleiche ist der Fall in der Unterbauchgegend bis gegen den Rippenbogen zu und in der Glutäal- und Kreuzbeingegend, obzwar an allen diesen Partien die krankhaften Veränderungen sehr dicht angeordnet sind und durch Konfluenz auch vielfach größere Bezirke befallen. Die Veränderungen sind von verschiedenem Alter, als jüngste sind Stellen anzusehen, die mit blutigen Borken bedeckt sind und in ihrer Ausdehnung von Kronen- bis Handtellergröße variieren. Ein peripherer Blasenwall ist mit Deutlichkeit nirgends zu konstatieren.

Doch sieht man über einigen wenigen anderen Stellen die Epidermis zu schlappen Blasen mit blutigserösem Inhalt abgehoben, dabei sieht man es aber diesen Stellen an, daß die Blase nicht in einer vorher normalen Haut entstanden ist, sondern ihre Basis ist düster blaurot, und man gewinnt den Eindruck, daß sich hier die Epidermis, ähnlich wie bei Verbrennungsnarben, über einer soeben frisch überhäuteten Stelle wieder abgehoben hat. Die kurz vorher beschriebenen Blutborken entsprechen solchen Epidermisabhebungen von verschiedenster Größe und Form. Die diffuse Beschaffenheit der Unterschenkelhaut entspricht dem überhäuteten Stadium. Endlich finden sich mehrere meist runde Stellen, über welchen offenbar die Epidermis schon längere Zeit nicht abgehoben war, wo infolgedessen auch die Gefäße weniger blaurot durchscheinen. Die soeben beschriebenen Veränderungen finden sich weiters auch noch an den Vorderarmen, und zwar fast mehr an den Beugeseiten als an den Streckseiten, wo die Olekranongegend sie ausgedehnter zeigt. Reichlich sind Blutborken, direkt exkoriierte Stellen wieder an den Handrücken und an den Füßen vorhanden, und über den Knöcheln der Finger finden sich auch zwei schlappe, blutigseröse Blasen. Neben und zwischen diesen beschriebenen Veränderungen finden sich in den Zwischenfingerräumen, in der Hohlhand, am Penis, auffallenderweise aber fast nicht in den Achselfalten, juckende Knötchen, Pusteln und Infiltrate, auf welchen undeutliche Milbengänge zu sehen sind, in welchen sich leicht Milben nachweisen lassen. Dadurch war der Beweis erbracht, daß Skabies fortbesteht, nach Angabe des Patienten durch drei Jahre. Zusammen mit der Anamnese und den dort beschriebenen Nagelerkrankungen mußte der Fall als Skabies bei einem Patienten mit Epidermolysis bullosa hereditaria aufgefaßt werden. Trotz seiner vulnerablen Haut wurde Patient einer energischen Skabieskur mit Wilkinsonscher Salbe unterzogen, die auch die Skabies zum Verschwinden brachte. Nicht so rasch kamen die durch die Epidermolysis bedingten Veränderungen zur Heilung. Zunächst blieb die Epidermis über den kleinsten Exkoriationen haften, diese bläulichroten Stellen mit ihrer glänzenden Epidermis erinnerten entfernt an Lichen planus-Effloreszenzen. Später blieben auch schon kronengroße Stellen überhäutet, und es traten in ihnen, besonders am Rand, die bei Epidermolysis, allerdings auch bei anderen Blasenprozessen, vorkommenden weiß opaken, milienartigen Zysten auf, auf deren Hervorgehen aus dem Schweißdrüsenausführungsgang eben bei obiger Erkrankung Bukovský hingewiesen hat. Histologisch fanden wir in einer solchen Stelle in unserem Falle mehrere solche dicht bis an die Epidermis heranreichende, anscheinend vollständig geschlossene Zysten, welche von einer Epidermis mit allen ihren Schichten ausgekleidet waren. Sonst zog die Epidermis glatt ohne Retezapfen über die Kutis, Follikel waren erhalten, die Kutis reichlich

Digitized by Google

von Gefäßräumen erfüllt und von einem Infiltrat durchsetzt, das weniger Rundzellen als Fibroblasten nebst Mastzellen enthielt.

An den unteren Extremitäten kam die Epidermisabhebung am spätesten zum Stillstand. Wochen nach der Skabieskur erhob sich die Oberhaut bald da, bald dort noch zu großen, schlappen, blutigserösen Blasen ab, aber auch hier wurden die Abhebungen endlich immer spärlicher, die Epidermis an vielen Stellen dicker und die Kutisgefäße darunter weniger ausgedehnt. Während der ganzen Beobachtung trat niemals eine Blase auf vorher gesunder Haut auf, so daß dadurch jede pemphisgusartige Affektion ausgeschlossen war. Ebenso ließ sich Impetigo contagiosa ausschließen. Patient wurde in diesem wesentlich gebesserten Zustande entlassen, hat sich seither nicht mehr vorgestellt, und es ist mit Sicherheit anzunehmen, daß nach Wegfall des Juckens und Kratzens die Erkrankung in Heilung ausgehen wird. Einige weiße, zart atrophisch aussehende Flecke, die schon während des Spitalaufenthaltes bestanden, repräsentieren jenen Endausgang, den auch die Affektion an den unteren Extremitäten nehmen dürfte.

Brocq und Darier, welche den Fall an unserer Klinik sahen, anerkannten die Schwierigkeit, sich auf den ersten Anblick hin in demselben zurechtzufinden.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Bd. 20, H. 3, März 1913.

Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Lichen nitidus, von Bachrach-Frankfurt a. M. Der Nachweis irgend einer Beziehung der Knötchen zur Tuberkulose ist nicht gelungen. In dem zitierten Fall handelt es sich um einen Lichen nitidus bei einem Tuberkulösen. Weitere Beobachtungen sind abzuwarten, um ein endgültiges Urteil über ihren Zusammenhang abgeben zu können.

Zur Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion und Vermeidung divergenter Resultate, von Fritz Lesser-Berlin. Alle Verfeinerungsmethoden, die dahin zielen, mehr positive Reaktionen dadurch herauszuarbeiten, daß der Ausfall der Reaktionen bei allen zur Untersuchung kommenden Seren in gleicher Weise nach der positiven, d. h. die Hämolyse hemmenden Seite hin verstärkt wird, sind abzulehnen. Nur die Verfeinerungen haben sich als wertvoll erwiesen, welche den individuellen Eigenschaften der einzelnen Sera Rechnung tragen und dadurch die Spezifizität der Reaktion erhöhen. Diese beiden Bedingungen werden durch die von Lesser empfohlenen zwei Kontrollen bei unklaren Ausfällen der Reaktion, nämlich die Normalambozeptorkontrolle und die aktive Serumkontrolle, erfüllt.

Boecksches Sarkoid bei ausgedehnter Allgemeintuberkulose, von Gustav Strümpke-Hannover. Verfasser beschreibt ausführlich einen Fall von Boeckschem Sarkoid bei einer tuberkulösen Patientin. Das Hautexanthem besteht in Kombination der kleinknotigen und infiltrativen Form. Der Bazillennachweis und der Impfversuch ergeben ein negatives Resultat, dagegen läßt der mehrmalige positive Ausfall der Tuberkulinreaktion auf der andern Seite wohl keinen Zweifel an dem tuberkulösen Charakter des Exanthems, und zwar tritt die Reaktion schon bei relativ kleinen Dosen ($^1/_{10}$ mg A. T.) später sogar nach $^1/_{50}$ mg auf. Jedenfalls ist das Boecksche Sarkoid als toxische Hauttuberkulose aufzufassen; bezüglich des Verlaufes der Krankheit war es auffallend, daß

Digitized by Google

das jahrelang bestehende, absolut chronisch verlaufende Exanthem eine überaus schnelle Rückbildung zeigte, als die bis dahin latente Lungentuberkulose rapide Fortschritte machte.

Über eine seltene Form von sekundärer Lues (Syphilis cutanea verrucosa), von M. Demjanowitsch-Moskau. Der hier beschriebene seltene Fall zeichnet sich besonders durch das warzenartige Exanthem aus. In den nach Levaditi bearbeiteten Präparaten fanden sich Spirochaetae pallidae. Histologisch zeigt der Fall außer Wucherung der Hautpapillen und Hyperkeratose die der Syphilis eigene Zellinfiltration mit Plasmazellen als Hauptbestandteil und die bei Syphilis gewöhnlichen Veränderungen der Blutgefäße. Salvarsan bewirkt eine rasche Rückbildung der pathologischen Veränderungen und eine Verminderung der galligen Infiltration. Chrzelitzer-Posen.

The British Journal of Dermatology.

Februar 1913.

Eine kleine Epidemie von Alopecia areata, von T. Colcott Fox-London. Die Epidemie betraf im ganzen 21 Mädchen, welche die gleiche Schule besuchten. Sämtliche hatten üppige lange Haare und die haarlosen Stellen die Größe eines Fingernagels bis zu einem Schilling; in den meisten Fällen war nur eine solche Stelle, in einem Falle deren drei vorhanden. Wiederholte mikroskopische Untersuchungen der Haarstumpfe ergab keinerlei Mikroorganismen, und es gelang auch keine Reinzüchtung von solchen. Alle Fälle kamen in einem frühen Stadium zur Behandlung und gingen auf Anwendung von roter Quecksilbersalbe mit Kanthariden zurück, ohne daß sich weitere Herde entwickelten. Die histologische Untersuchung ergab bemerkenswerte Atrophie der Haarfollikel. Die besondere Eigenümlichkeit dieser Fälle war das Vorherrschen mehr unregelmäßiger und kleinerer Herde als sie gewöhnlich bei Alopecia areata gesehen werden. Tabellarische Übersicht der 21 Fälle mit der Form und Größe der Haarlücken, Heilungsdauer usw.

Ein Fall von norwegischer oder Krusten-Krätze, von Wallace Beatty-Dublin. Der Fall betraf einen 39jährigen Mann, Irländer, der niemals sein Vaterland verlassen hatte. Das Hautleiden begann vor etwa 10 Jahren an Händen und Fingern und blieb bis vor ca. 10 Monaten auf diese beschränkt, wo es allmählich den ganzen Körper befiel und dem Patienten durch heftiges Jucken die Nächte qualvoll gestaltete. Der behaarte Kopf war mit trockenen Krusten, die stellenweise eine dicke Schicht, ähnlich wie bei Psoriasis bildeten, bedeckt, einige abschuppende Stellen auch an der Stirn; der Rumpf überall gerötet (Erythrodermie), dessen Haut etwas verdickt und mit mehr oder weniger reichlichen Schuppen bedeckt, die an einzelnen Stellen (Schultern, über den Schulterblättern, an den Hüften und am Gesäß) eine besondere Anhäufung (in verschiedenen Schichten) zeigten. Die Extensorenseiten der Ellenbogen wiesen ebenfalls dicke Schuppenanhäufungen — ähnlich wie bei Psoriasis — auf, die übrigen Teile der Arme nur vereinzelte rote und mäßig schuppende Stellen. Hände und Finger boten einen ganz besonderen Anblick, indem über und rund um die Nagelgegend dicke Massen grauer Schuppen und an Rücken, Seiten und Gelenken der Hände halbkreisförmige trockene, etwa um 1 cm hervorragende Schuppenmassen vorhanden waren. Die Haut der Unterextremitäten war nur stellenweise in Form roter, rauher Flecken, die Nägel der Zehen und deren Umgebung in ähnlicher Weise, wenn auch in etwas geringerem Grade wie jene der Hände affiziert. Mehrere der vorstehenden Schuppenmassen wurden nach der Exzision mit 40% Kalilauge erhitzt und bei der mikroskopischen Untersuchung Acari in allen Stadien (Eier, Larven, männliche und weibliche Tiere) gefunden. Behandlung mit Schwefelseife, Schwefelbädern und Perubalsam-Schwefelsalbe brachten

Digitized by Google

rasche Besserung, die hartnäckigsten Stellen (an den Nägeln) wurden allmählich durch kärgliche Anwendung schwacher Jodtinktur und darauffolgenden Borlösungumschlag zur Entfernung gebracht. Zu erwähnen noch wichtig dünkt B., daß Patient eine kongenitale Mißbildung des linken Oberschenkels (Achondroplasie) aufwies, ebenso wie in dem ähnlichen Falle DE AMICIS englische Krankheit und allgemeine schwache Konstitutionen zu konstatieren waren.

Ein Fall von Blastomykosis vortäuschender Sporotrichosis, von H. G. ADAMSON. Sporotrichosis, eine in Amerika und Frankreich nun ziemlich häufige Affektion, scheint in England noch selten zu sein. Zu den bereits veröffentlichten zwei Fällen fügt A. einen dritten, der einen 60jährigen Mann betraf und wahrscheinlich aus Amerika eingeschleppt wurde, da die ersten Symptome während dessen Aufenthalts in den Vereinigten Staaten aufgetreten waren. Damals hatten sich Geschwüre am rechten Bein, dann an Rumpf und Händen gebildet; jene kamen wieder spontan zur Heilung, letztere (an den Händen) breiteten sich immer mehr aus, so daß der Handrücken mit einem unregelmäßig erhabenen ringförmigen Herd, dessen größerer Teil aus nahe beieinander stehenden, gefäßreichen, warzigen Erhabenheiten bestanden, bedeckt war. Seröseiterige Flüssigkeit konnte zwischen diesen Erhabenheiten ausgedrückt werden, und am Rande derselben fanden sich stecknadelkopfgroße Abszesse. Während die Affektion in jeder Beziehung den klassischen Beschreibungen der Blastomykosis entsprach, ergab die Untersuchung und Reinkultur des den Abszessen entnommenen Eiters die typischen Formen von Sporotrichium BEURMANNI. Es wurde innerlich Jodkalium in hohen Dosen gegeben, und nach etwa drei Wochen war die ganze Geschwürsfläche vernarbt und die Infiltration in raschem Verschwinden begriffen. Diese seltenen Fälle von papillomatöser oder Vegetations-Sporotrichosis, wie sie auch DE BEURMANN beschrieben hat, scheinen dadurch zu entstehen, daß ein gummöser Knoten aufbricht, ein Geschwür daraus wird und auf der Basis desselben papillomatöse Wucherungen sich bilden. Stern-München.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Februar 1913.

Über das Lippenepitheliom, von WILLIAM ALLEN PUSEY-Chicago. P. zieht in den Kreis seiner vorliegenden Arbeit vor allem drei Fragen: 1. das Vorkommen von Ulcus rodens auf der Lippe, speziell der Unterlippe; 2. die Behandlung des Lippen-Epithelioms mit X-Strahlen und 3. die Verschlimmerung der Epitheliome durch diese Behandlungsart. Was die erste Frage betrifft, so steht es nach den Beobachtungen zuverlässiger Verfasser, wie BORRMANN, BONELBY, COLCOTT FOX, fest, daß Ulcus rodens der Unterlippe vorkommt und etwa $1^1/_2$—2% aller Fälle von Karzinom der Unterlippe ausmacht. Auch innerhalb der Mundschleimhaut kann das Ulcus rodens vorkommen und P. sieht in diesen Befunden einen strikten Gegenbeweis gegen die Theorie, daß Ulcus rodens primär aus Haarfollikeln entstehe. P. hat im Ganzen 44 Fälle von Lippenepitheliom mit Röntgenstrahlen behandelt, das mittlere Lebensalter dieser Patienten war $53^1/_2$ Jahre (von 28—90). Es handelte sich allerdings um ausgewählte Fälle, d. h. solche mit ziemlich oberflächlichen, nicht tief in die Lippen hineinreichenden Veränderungen. Unter Abzug von 6 Fällen, welche sich vorzeitig der Behandlung entzogen, ergaben die 38 in Betracht kommenden Fälle, wovon 35 der Unter- und 3 der Oberlippe, eine Mortalität von ca. 8%. Wenn es sich auch um besonders ausgewählte Fälle handelte, von welchen nur 2 Schwellung der (Submental-)Drüsen aufwiesen, so betrachtet P. dieses Resultat im Vergleich zu der operativen Behandlung doch als günstig und steht nicht an zu erklären, daß die Röntgenbehandlung in all jenen Fällen angezeigt sei, wo Radikal-

Digitized by Google

operation nicht für notwendig gehalten wird und aus irgend welchen Gründen nicht ausführbar ist. Nach einer nun elfjährigen Erfahrung an hunderten von mit Röntgenstrahlen behandelten Epitheliomen kann P. von keiner Art ungünstiger Erfahrung oder gar Verschlimmerung berichten und möchte eine solche ausschließlich einer mangelhaften Technik zuschreiben. Er ist der festen Überzeugung, daß die X-Strahlen, mit sorgfältigen technischen Kenntnissen und mit geeigneter therapeutischer Auswahl angewandt, eines der wertvollsten oder sogar das wertvollste Hilfsmittel im Dienste der Dermatologie darstellen.

In der folgenden Diskussion (auf der 36. Jahresversammlung amerikanischer Dermatologen, St. Louis, 23.—25. Mai 1912, stimmten Politzer, Hartzell, Zeisler, MacKee völlig mit dem Berichterstatter überein, wenn sie auch zum Teile nicht dieselben vorzüglichen Dauerresultate aufzuweisen hätten. MacKee meint, daß die Radiotherapie noch viel zu wenig beachtet werde und die Zeit nicht mehr fern sei, wo die Chirurgen in einem weit größeren Prozentsatze wie jetzt die Hilfe des Radiologen in Anspruch nehmen würden. Engman hingegen äußert sich viel weniger optimistisch, hebt hervor, eine wie gefährliche Affektion Lippenkrebs — die gefährlichste von allen Teilen des Gesichts — sei; die Drüsen seien oft befallen, ohne daß sie vergrößert oder fühlbar seien, und daher Rückfälle sehr häufig. Im allgemeinen möchte er als gewöhnliche Behandlungsmethode jene mit X-Strahlen verwerfen, wenn er sie auch in Puseys Händen, der mit der Technik so sehr vertraut sei, zulassen würde; mit den X-Strahlen könnten wir zweifellos einen Lippenkrebs radikal entfernen, aber ob dies der sicherste Weg sei, möchte E. noch bezweifeln.

Bulkley ist der gleichen Ansicht wie E.: bei Lippenkrebs müßten die Drüsen und das Bindegewebe unterhalb des Kiefers radikal entfernt werden. Die X-Strahlen seien aber ein besonders gutes Mittel bei Oberflächenaffektionen um die Augen und Nase.

Ormsby hatte hingegen sehr befriedigende Resultate mit X-Strahlen bei Lippenepitheliomen und ist überzeugt, daß sie bei allen Oberflächenepitheliomen der Haut die beste Methode seien, vorausgesetzt, daß die Technik die geeignete sei.

Pusey hebt in seiner Replik hervor, daß er nur von besonders ausgewählten Fällen gesprochen habe und daß für diese die X-Strahlen die Methode der Wahl seien; wenn nicht auf solche Fälle beschränkt, würden sie wohl oft mißbräuchlich angewendet werden.

Seborrhöe der Unterlippe und deren Beziehung zum Epitheliom, von Douglas W. Montgomery-San Francisco. M. beschreibt zwei Fälle, welche in merkwürdiger Weise die Beziehungen zwischen Seborrhöe der Haut und Epitheliom der Unterlippe illustrieren. In dem einen derselben handelte es sich um einen 53jährigen kräftig gebauten Mann, der ein ausgedehntes Epitheliom an der rechten Wange und außerdem seborrhoische Herde und eine hornartige Masse über der äußeren Schleimhaut der Unterlippe zeigte; die Neubildung an der rechten Wange habe vor etwa zehn Jahren mit einer schmutzigen Kruste, ähnlich den verschiedenen nun vorhandenen, begonnen. Neben den Krusten waren verhornte, abschuppende Massen an der Unterlippe und außerdem ein bernsteingelbes, fast adhärentes, ein Hauthorn darstellendes Gebilde vorhanden. Unter all diesen epithelialen Formationen ist bekanntlich die Neigung, in Epitheliom sich umzuwandeln, eine sehr große. Der zweite Patient zeigte an der Unterlippe eine Narbe (von einem Epitheliom, das vor mehreren Jahren exzidiert worden war) und längs dieser Narbe seborrhoische Krustenbildung, Seborrhöe des ganzen Gesichts und ein (kleines) Epitheliom an der rechten Nasenhälfte. Seborrhoische Erkrankungen in ihrem Frühstadium gehen fast immer auf Behandlung mit Trichloressig-

Digitized by Google

säure oder mit X-Strahlen zurück. Vernachlässigung dieses seborrhoischen Zustandes ist deshalb so gefährlich, weil frühzeitige Behandlung das Auftreten von Karzinom verhüten kann. Und wenn ein solches entstanden und durch Operation entfernt worden ist, kann sorgfältige Beobachtung der seborrhoischen Krusten, unter welchen, wie in dem zweiten von M. hier beschriebenen Falle, die neuen Spuren eines Karzinoms sich zuweilen entwickeln, eine Weiterverbreitung desselben verhüten.

Zungen- und Mundschleimhautveränderungen bei perniziöser Anämie, von Fred Wise-New York. Während bei einer großen Anzahl von Konstitutionskrankheiten Veränderungen der Mundschleimhaut meist in den späteren Stadien derselben vorkommen und daher ihre Beziehungen zu dem Grundleiden leicht erkannt werden, tritt nicht selten bei der perniziösen Anämie eine Affektion von Zunge und Mundschleimhaut als erstes Symptom auf. Magendarmstörungen — und damit zusammenhängend jene der Mundschleimhaut, sei es in milder und vorübergehender oder in schwerer und anhaltender Form, sind die Regel bei perniziöser Anämie und bilden im Zusammenhang mit den Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems und des Blutes die charakteristischen Symptome des Leidens. Ob erstere die Folge oder die Ursache der Krankheit ist, ist eine noch offene Frage, in dem von W. beobachteten Falle waren die Magendarmstörungen viele Monate lang vorhanden, bevor das eigentliche Krankheitsbild sich zeigte. Gleichzeitig waren Gefühl des Brennens an Zunge und Lippen, Entzündung an den Seiten und Ecken der ersteren mit Herden submuköser Blutungen und diffuses Erythem der Mund- und Rachenschleimhäute vorhanden. Für den Kliniker ist das auffallendste dieser Glossitis und Pharyngitis die Periodizität derselben, indem sie, unbeeinflußt von der Behandlung und unabhängig von den anderen Symptomen, kommen und wieder verschwinden und dadurch eine differentialdiagnostisch wichtige Erscheinung gegenüber den bei anderen Krankheiten vorkommenden Veränderungen der Mundschleimhaut bilden. Obwohl perniziöse Anämie ein relativ seltenes Leiden ist, so könnten diese Munderscheinungen als Vorläufer derselben dazu beitragen, die geeignete Therapie einzuleiten, bevor die schwereren Erscheinungen sich einstellen. Stern-München.

Dermatologia.

(Russisch.)

Band 1, Februar 1913.

1. Eine vereinfachte Methode der Serodiagnostik der Syphilis, von Chitrowo. Chitrowo nimmt zur Reaktion: 1. das zu untersuchende frische Blutserum, 2. einen Alkoholextrakt aus dem Herzen des Meerschweinchen (das sog. Antigen), 3. das hämolytische Kaninchenblutserum vom Titer 1 : 1000 und 4. defibriniertes Hammelblut, aufgelöst in physiologischer Kochsalzlösung (0,86 %) bis zu $2^1/_2$ %.

Der Versuch wird in drei Probierröhrchen mit 5 ccm Flüssigkeit in folgender Weise hergestellt: in das erste pfropft man mit der Pipette zuerst 2,5 ccm der physiologischen Kochsalzlösung und darauf genau 0,3 ccm des zu untersuchenden, nicht inaktivierten Serums und endlich, nach Umschütteln, 0,15 ccm des alkoholischen Extraktes aus dem Herz des Meerschweinchens und gleich darauf, nach erneutem Umschütteln, ein Kubikzentimeter des hämolytischen Serums des zehnfachen Titers und 1 ccm des $2^1/_2$ %igen defibrinierten Hammelblutes. In das zweite Probierröhrchen gießt man 2,7 ccm der physiologischen Lösung, 0,3 ccm des zu untersuchenden Serums, 1 ccm des verdünnten hämolytischen Serums und 1 ccm des $2^1/_2$ %igen Hammelblutes. In das dritte Probierröhrchen gießt man 1 ccm des $2^1/_2$ %igen Hammelblutes und 4 ccm der physiologischen Kochsalzlösung. Alle drei Probierröhrchen stellt man für eine Stunde

Digitized by Google

in den Thermostat bei einer Temperatur von 37° C und darauf bis zum andern Morgen in den Eisschrank. Der Vorteil dieser Methode besteht darin, daß man keine Zentrifugen braucht und auch ohne Thermostat auskommen kann, indem man denselben durch eine Schale mit auf 37° erwärmtem Wasser ersetzen kann. Von 107 auf diese und gleichzeitig nach Wassermann untersuchten Fällen ergaben 104 identische Resultate.

2. Die erworbene Syphilis der Kinder, ihre Ätiologie und ihre Bekämpfung, von Eltzina. Die aquirierte Syphilis der Kinder kann alle Gesellschaftsklassen und jedes Alter betreffen und ist unter der städtischen Arbeiterbevölkerung Petersburgs in der Zunahme begriffen. Als Ursache derselben ist außer ungenügenden sanitären Bedingungen der unteren Bevölkerungsschichten der ungenügende Schutz der Kinder infolge Gleichgültigkeit der Gesellschaft den syphilitischen Kindern gegenüber anzusehen. Die Bekämpfung der erworbenen Syphilis unter den Kindern erfordert einerseits prophylaktische Maßregeln seitens der Gesellschaft und andererseits Sorge für die infizierten Kinder durch Anlage von Asylen, in welchen dieselben, nach Verlassen des Hospitals, untergebracht werden könnten, was natürlich Sorge der Stadtverwaltungen wie von Gesellschaften sein muß, die sich zum Zweck gesetzt haben den Kampf mit der Syphilis.

3. Syphilis und Dermatologie. Der Zusammenhang zwischen denselben, ihre Entwicklung und die Erfolge bei denselben, von Trebinsky. Antrittsvorlesung von T. bei Übernahme des Lehramtes in Saratow im Herbst 1912.

Arthur Jordan-Moskau.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Bd. 24, 1912. November und Dezember.

1. Zur Frage des Hautpigmentes, von Msareulow. Nach einer ausführlichen literarischen Betrachtung bespricht Verfasser zwei von ihm beobachtete und histologisch genau untersuchte Fälle, und zwar einen Fall von Syphilis cutanea papulosa nigricans (Fournier) und einen Fall von Cutis marmorata pigmentosa (Buschke und Eichhorn) bei einer Kranken mit Pemphigus vulgaris, die ihn zur Überzeugung brachten, daß die Bildung des Pigments aus der sogenannten „roten Substanz" des Kernes höchst wahrscheinlich ist.

2. Über den Nachweis von tuberöser Lepra an selten betroffenen Stellen, von Krikliwi. Unter 156 Leprakranken des Cholenschen Leprosoriums wurden Knoten resp. Infiltrate der Haut beobachtet: auf dem behaarten Teil des Kopfes in 0,6, der Zunge 29,5, der Wangenschleimhaut 0, den Handflächen 10,9, den Fußsohlen 5,8, der Glans penis 47,2, der Vorhaut 26,3%. Außerdem dürfte nicht überflüssig sein, hervorzuheben, daß die Nebenhoden sehr häufig erkranken, in 64,8%, während bei den Frauen sicher lepröse Erscheinungen an den Geschlechtsteilen keinmal beobachtet wurden. Die peripheren Nerven erweisen sich auch bei der tuberösen Form oft, nämlich in 70%, in Mitleidenschaft gezogen und die Lymphdrüsen in 98,1%.

3. Die Hautklinik von Prof. Nicolas in Lyon, beschrieben von Meschtscherski.

4. Zur Frage der abortiven Behandlung der Syphilis, von Abulow. Unter 26 Fällen, wo A. die abortive Behandlung der Syphilis versuchte und auch die Kranken längere Zeit hindurch beobachten konnte, zeigte sich, daß die Exzision des harten Schankers stets erfolglos war, daß das Hektin ebenfalls ohne Wirkung blieb, daß Hg die sekundären Erscheinungen nur zurückzuhalten vermag und daß nur das Salvarsan allein oder in Kombination mit Hg, beim primären Schanker und bei noch negativem Wassermann angewandt, das Auftreten von sekundären Erscheinungen im Verlauf von $1^1/_2$ Jahren verhüten kann. Ob es aber eine Heilung der Lues bedeutet, wagt Verfasser nicht zu sagen.

Digitized by Google

5. Nochmals von den geheimen Volksmitteln bei Behandlung der Syphilis, von Bogrow. Beschreibung des Bestandes eines Kräuteraufgusses, welcher im Tambowschen Gouvernement angewandt wird, welcher außer Rad. Sarsaparilla und Fol. Sennae reichlich Hg bijodatum enthielt und bei einem Kranken zu einer Combustio des Rachens führte.

6. Einige beim Besuch der urologischen Anstalten Paris und Berlin wie der Klinik von Prof. Lesser in Berlin (Laboratorium von Prof. Tomaschewski) gewonnene Eindrücke, von Andrjuschtschenko.

Band 25, Januar 1913.

1. Ein Fall von Lichen variegatus (R. Crocker) Parapsoriasis lichenoides (Brocq), von Lewtschenko. Ausführliche, speziell die Histologie betreffende und die Literatur genau berücksichtigende Beschreibung des am 15. April 1912 in der Moskauer venerologisch-dermatologischen Gesellschaft vorgestellten Falles (cf. diese Wochenschrift, Bd. 54, S. 649.)

2. Zur Frage der neutrophilen Leukozyten im Eiter, von Prof. Selenew. Nach den Untersuchungen von S. können die von Neubergher und Carpf beschriebenen vielkernigen Neutrophilen nicht als eine besondere nur dem Trippersekret eigene Form angesehen werden, sondern die Degeneration der vielkernigen Neutrophilen im Eiter vollzieht sich nach dem Vorbilde der allgemeinen Degeneration im zirkulierenden Blut, in welchem man diese degenerativen Veränderungen bei verschiedenen spezifischen und nicht spezifischen Veränderungen des Blutes findet (Anämie, Chloranämie, Leukämie).

Arthur Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Über die Ätiologie und Pathogenese der spitzen Kondylome, von Carl Cronquist. Georg Cronquists Bokhandel, Malmö. (Distribution). Es ist eine dankenswerte Aufgabe, welcher Cronqist sich unterzog. Eine genaue Geschichte der spitzen Kondylome, bis Ende des 15. Jahrhunderts, von da ab bis in unsere Zeit, ihrer vermeintlichen Zugehörigkeit zur Syphilis, ihrer vermeintlichen Abhängigkeit von der Blennorrhöe, ihrer Ansteckungsfähigkeit, ihrer Übertragbarkeit, der bei ihnen gefundenen Mikroorganismen u. a. ist jedem, welcher sich mit den so häufigen und so rätselvollen Gebilden beschäftigt, höchst willkommen. Und ebenso sorgfältig wird die Rolle erörtert, welche die Irritation von Sekreten, mechanische Reize spielen. Cronquist resumiert diesen Teil der Arbeit dahin, daß die Kontagiosität der spitzen Kondylome bislang klinisch nicht erwiesen ist. Die Versuchsanordnung der früheren Übertragungsversuche hält einer Kritik nicht stand. Das häufige Auftreten während der Gravidität und das Verschwinden der spitzen Kondylome nach der Entbindung steht auch der Annahme einer Kontagiosität im Wege.

Energischen Widerspruch dürften aber des Verfassers Ausführungen zur Histogenese erfahren, soweit er — der objektiven Aufzählung der Ansichten der einzelnen Verfasser sei rühmend gedacht — dem Bindegewebe den führenden Anteil bei der Entwicklung der Gebilde zuerkennt, die Rolle des Epithels als überschätzt hinstellt. Die Auspitz-Unnaschen Arbeiten hält er in ihren Schlußfolgerungen für falsch. Es ist ein eigenartiger Zufall, daß gerade Hodaras, eines Unna-Schülers, Arbeit über das Erythema glutaeale infantile und Ferrauds Befunde bei dieser Krankheit ihm die Haupt-

Digitized by Google

stützen werden. Dieselben Verfasser werden herangezogen, um die Juliusbergsche Ansicht zu verteidigen, nach welcher die an den Papillenspitzen wachsender spitzer Kondylome gefundenen Epitheldefekte durch Entlastung des epithelialen Gegendruckes der Bindegewebswucherung den Vorstoß geben. Daß Herxheimer solche Epitheldefekte nicht gefunden hat, erklärt Cronquist damit, daß er seine Untersuchungen an nicht wachsenden Kondylomen angestellt hat. Der feine dendritische Bau der spitzen Kondylome setzt aber für Cronquist weiter voraus, daß solche Epitheldefekte nicht nur an den Papillenspitzen (Juliusberg), sondern an den verschiedensten Orten einer derartigen Wucherung nachzuweisen seien. Diesen Nachweis glaubt Cronquist an der Hand zweier Fälle erbracht und mittelst der Bornschen Rekonstruktionsmethode erhärtet zu haben. Die beiden Fälle sollen auch die Bedeutung der Mazeration für die Entstehung der Epitheldefekte dartun. Zum Schluß erwähnt der Verfasser sechs eigene Versuche, in welchen durch eine Verbindung der „Kratzmethode", des Abschabens des Epithels, mit nachfolgendem Auftragen von Smegma bzw. Vaginalsekret auf die blutenden Stellen vereinzelte Knötchen, in einem Fall auch mikroskopisch ein beginnendes Papillom erzielt wurden.

Referent möchte an dieser Stelle nicht in eine Polemik mit Cronquist eintreten, in seiner Arbeit über die Septenbildung in der Schleimhaut der arbeitenden Harnwege (Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. 25, aus dem pathol. Institut zu Königsberg i. Pr.), glaubte er den Fragestellungen von Auspitz und Unna gerecht geworden zu sein. Auspitz erkannte die formende Kraft des Epithels zu einer Zeit, wo uns die beweisendsten Kriterien der Zellenwucherung, die Mitosen, noch fehlten. Durch die von Unna so sehr geförderte Pathologie des Zwischengewebes wird es immer mehr möglich werden, in jedem einzelnen Falle sich über die verschiedenen Widerstände klar zu werden, welche für die Deformität des Papillarkörpers und der unteren Koriumteile bei jeder einzelnen Affektion maßgebend werden. Es muß schon dem für diese speziellen Fragen interessierten Leser überlassen bleiben, zu entscheiden, ob in dem Cronquistschen Buch auch nur der Schatten eines durchgreifenden Beweises gegeben ist für den im Bindegewebe liegenden Beginn des spitzen Kondyloms. Delbanco.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Einige praktische Bemerkungen über die Behandlung von nicht traumatischen Harnröhrenverengerungen, von P. Legueu. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 45.) Die Behandlung der Wahl soll immer bei nicht traumatischen Harnröhrenstrikturen die langsame und progressive Dilatation sein. Man soll mit Gummibougies beginnen und bei höheren Nummern zu Metallbougies übergeben. Die Sitzungen sollen nicht häufiger als zweimal wöchentlich vorgenommen werden, ferner soll man in jeder Sitzung nur höchstens zwei Nummern steigen. Nur bei ganz hartnäckigen, harten Strikturen soll man zur internen Urethrotomie schreiten, viele Urologen glauben sogar, daß man diese Operation mit Zeit und Geduld immer umgehen kann. Die lineäre Elektrolyse ist ganz zu verweisen, da sie ganz schwere Komplikationen machen kann. Hingegen kann die zirkuläre Elektrolyse gute Dienste leisten. Kommt man z. B. bei der langsamen Dilatation nicht höher als auf Nr. 20 (Charrière), so wird das Metallbougie mit dem negativen

Digitized by Google

Pol eines konstanten Stromes verbunden, der positive auf den Leib gelegt, und man läßt während 10—15 Minuten 3—6 Milliampere einwirken. Auf diese Weise wird keine Ätzung, sondern nur eine dynamische Wirkung erzeugt, die zu sehr guten Resultaten führt. Kommt man auch damit nicht zum Ziele, so muß man zur Urethrotomia interna schreiten, welche am besten mit dem vom Verfasser angegebenen Instrument ausgeführt wird, mit welchem sich zwei Schnitte beim Einführen und zwei beim Ausführen des Messers vornehmen lassen. Die Operation ist nahezu schmerzlos, selbst Lokalanästhesie ist kaum nötig. Peinliche Asepsis und das Anlegen einer Dauersonde sind aber unumgänglich nötig. Auf die Urethrotomie muß dann eine weitere Dilatationsbehandlung folgen.

A. Gunsett-Straßburg.

Innere oder äußere Urethrotomie bei engen Strikturen der Harnröhre des Mannes, von Charles Aubrey Bucklin-Glasgow. (Med. Record, 4. Jan. 1913.) Von technisch-chirurgischem Interesse. W. Lehmann-Stettin.

Der Abusus der internen Urethrotomie, von F. Cathelin. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 48.) Der Verfasser hebt hervor, daß die interne Urethrotomie nur in einem geringen Prozentsatz der Fälle indiziert ist. Er hat in zwölf Jahren nur 36 interne Urethrotomien gemacht. Dabei betrug die Zahl der behandelten Strikturen 504.

A. Gunsett-Straßburg.

Traumatische Ruptur der Urethra mit vollständiger Ablösung der Blase von der Symphyse, von Ludolf Süssenguth-Altona. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 119, H. 5—6.) Ein elfjähriger Knabe wurde von einem schweren Lastfuhrwerk überfahren; die Harnblase befand sich im Augenblicke der Verletzung in einem mittleren Füllungszustand und überragte die Symphyse; sie wurde durch das über die untere Bauchgegend hinwegrollende Wagenrad plötzlich von der Symphyse fort und nach oben gedrängt, so daß sie vorn und seitlich von dem umgebenden Gewebe abgelöst wurde und nur noch hinten im Douglas und vorn an der Urethra festsaß. Die tangential den Leib treffende Gewalt hatte die Blase weiter so stark nach hinten gedrängt, daß die mit ihr innig zusammenhängende, hochgradig gedehnte Urethra schließlich abriß.

Diese komplizierten Verhältnisse wurden durch die Autopsie völlig geklärt.

Schourp-Danzig.

Über die Deckung von Harnröhrendefekten mittels Thiersch'scher Transplantation, von Arthur Müller-Konstantinopel. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 49.) Nach Zusammenstellung verschiedener Arten der Deckung von Harnröhrendefekten, die bisher mit mehr oder weniger gutem Erfolg versucht worden sind (mit Hilfe der Vena saphena, des Ureters, der Appendix, der Schleimhaut eines Vaginalprolapses u. a.), schildert Verfasser an der Hand von fünf Fällen die Deckung solcher Defekte mittels Thierschscher Transplantation: nach Resektion der Striktur wird die entstandene Wundhöhle mit einem vom Oberschenkel entnommenen Thierschschen Lappen bedeckt, der nach etwa acht Tagen anheilt und nach weiterer Epithelisierung eine solide vordere Wand bildet. Erst wenn auch die Ränder der Wundhöhle vollständig epithelisiert sind, wird über einem dicken Nelaton nach Anfrischung die hintere Wand durch eine Dreietagennaht aus dem Rande der Urethralrinne, der Penis- und Skrotalhaut gebildet. Stenosen treten bei guter Nachbehandlung nicht auf, wohl aber sind Fisteln nicht immer zu vermeiden.

Resultate bei den fünf Fällen sehr gut. Franz-Dresden.

Sarzinen in der menschlichen Harnblase, von Reiner Müller und Karl Theodor Willich-Kiel. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 67, H. 3.) In zwei Fällen, einen 47jährigen Arzt und einen 20jährigen Arbeiter betreffend, welch letzterer jahrelang wegen Blasenkatarrhs behandelt wurde, ergab sich der seltene Befund von

Digitized by Google

Sarzinen im Harn. Es wurde in beiden Fällen die gleiche, durch übereinstimmende Kulturmerkmale, insbesondere auch durch ihr Wachstum auf Blutagar und Agar gekennzeichnete Sarzine gefunden, die Verfasser als Sarcina urica bezeichnen. Der Leukozytenbefund im ersten Falle und die große Menge der Sarzinen gegenüber den wenigen Kolonbakterien im zweiten Falle machen es wahrscheinlich, daß die Sarzinen eine Reizwirkung auf die Blasenschleimhaut ausgeübt haben. Alle Versuche an Tieren mit Überimpfung der Reinkulturen schlugen fehl. Stern-München.

Über Harnblasenerkrankungen bei kleinen Mädchen durch bisher nicht beobachtete Fremdkörper, von Hans Abels. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 46.) Bei einem 17 Monate alten Mädchen, das mit einer Zystitis und ziemlich schweren Allgemeinerscheinungen zur Untersuchung kam, hat Verfasser ein 25 cm langes Frauenhaar mit dem Harn abgehen sehen; an den folgenden Tagen massenhafte Gewebsfasern (Leinen, Baumwolle, Schafwolle), die nach ihrer Mischung wohl am ehesten der Zusammensetzung eines gemischten Lumpenpapiers entsprachen. Der Zustand besserte sich darauf rasch, doch wurden noch einige Zeit abgehende Papierfetzen und feinste Flaumfedern nachgewiesen. Die Einführung der eigentümlichen Fremdkörper in die Blase erklärt sich Verfasser auf folgende Weise: Aus einer Art Lumpenpapier, vielleicht Klosettpapier, wurde ein feines Röllchen gebildet und, um es zusammenzuhalten, mit dem zuerst abgegangenen Haar umwickelt und so förmlich eine kleine Bougie gebildet, die in die Harnröhre des Kindes eingeführt wurde. Als Täter kam ein fremdes Dienstmädchen, unter dessen Obhut das Kind eine kurze Zeit gewesen war, in Betracht.

Kurze Zeit darauf hatte Verfasser Gelegenheit, einen ganz ähnlichen Fall, der aber bedeutend leichter lag, bei einem neun Monate alten Mädchen zu beobachten. Dieser zweite Fall ist von um so größerem Interesse, als er zu beweisen scheint, daß derartige Manipulationen vielleicht öfter, als man es vermuten könnte, an kleinen Kindern vorgenommen werden und dabei wegen der ev. recht geringfügigen Natur der dadurch gesetzten Schädigungen unbemerkt und in ihrem wahren Zusammenhang unerkannt bleiben können. W. Lehmann-Stettin.

Endoskopische Behandlung einer chronischen inkrustierenden Zystitis, von Angel Pulido Martin-Madrid. (Rev. Ibero-Amer., Oktober 1912.) Bei einer 33jährigen Frau mit chronischer nicht tuberkulöser Zystitis, die viel subjektive Beschwerden machte, konnte, da die Blase zu wenig Flüssigkeit hielt, die gewöhnliche Zystoskopie nach Nitze nicht vorgenommen werden. Der Verfasser entschloß sich daher zur direkten Zystoskopie mit dem Luysschen Instrument. Er fand auf diese Weise die Mukosa der Harnblase mit Exsudaten, falschen Membranen und Phosphatkonkrementen besetzt. Mit Hilfe dieser Instrumente konnte eine lokale Behandlung der Blasenwand, welche in direkter Applikation von 5%iger Argent. nitric.-Lösung bestand, vorgenommen werden. Schnelle Besserung. A. Gunsett-Straßburg.

Symptome und Diagnose der Blasensteine, von Marion. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 48.) Es gibt latente Blasensteine, bei welchen jedes klinische Zeichen fehlt. Die klassischen Symptome des Blasensteins sind terminale Hämaturie, welche bei Ruhe vollständig verschwindet, Gefühl der Schwere in der Blase mit Schmerzen, die ins Glied ausstrahlen, häufige und schmerzhafte Miktionen, dazu, durch Komplikationen hervorgerufen, Retention, Inkontinenz, Zystitis, Unterbrechung des Harnstrahls. Die Steine der Prostatiker verbinden die Symptome der Prostata mit denjenigen des Steins. Diejenigen der Kinder erzeugen als klassisches Symptom die Inkontinenz, welche nicht auf die Nacht beschränkt ist, sondern auch am Tage auftritt. Als diagnostisches Hilfsmittel wird hauptsächlich die Zystoskopie empfohlen. A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Lithotripsie oder Lithotomie? von Feiber-Wildungen. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 5.) Aus der Praxis von Marc-Wildungen berichtet Verfasser, daß unter ca. 900 Fällen von Blasenstein, welche im Laufe von neun Jahren behandelt wurden, sich nur vier fanden, bei denen die Lithotripsie versagte und eine blutige Operation notwendig war. In dem einen Falle handelte es sich um einen sehr harten großen Oxalatstein mit Uratmantel; bei zwei Prostatikern erwies es sich als unmöglich, den in einem Divertikel verdeckt liegenden Stein mit dem Lithotriptor zu fassen, und bei einem vierten Falle bildete die stark vorspringende Prostata, die sich nicht umgehen ließ, ein unüberwindliches Hindernis. Unter den 900 Fällen sind acht tödlich verlaufen, doch konnte nur bei vier derselben mit Fug und Recht die Wirkung der Operation als schuldig an dem beschleunigten Tod bezichtigt werden. Nach diesen Resultaten hält F. eine schneidende Operation nur dann für indiziert, wenn die Lithotripsie sich als nichtpraktikabel erwiesen hat. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Cystotomia suprapubica bei Blasenstein; Indikationen und Operationsmethode, von William E. Lower-Cleveland. (Journ. amer. med. assoc., 30. November 1912.) Bei Blasenstein kommen zwei Operationen in Betracht: die Zertrümmerung des Steines mit nachfolgender Entfernung der Bruchstücke durch die Harnröhre und die suprapubische Eröffnung der Blase mit Entfernung der Steine durch die Operationswunde. Das erstere Verfahren nach Bigelow war sicher ein Segen, als die blutige Operation noch mit einer großen Mortalität und einer langen Rekonvaleszenz verbunden war; aber diese Nachteile bestehen heute nicht mehr. Die Eröffnung der Blase gestattet den direkten Blick in das Operationsfeld und die Zuhilfenahme der Finger. Die Gelegenheit, sich in der Lithotripsie in absehbarer Zeit ein größere Erfahrung anzueignen, ist sehr beschränkt, während die Möglichkeit, die Cystotomia suprapubica zu erlernen, recht groß ist. Besondere Indikationen für die Sectio alta sind multiple oder sehr große Steine, die durch den Lithotriptor nicht gefaßt werden können, Steine, die in Divertikel eingeschlossen oder mit der Blasenwand verwachsen sind. Weitere Indikationen sind: jugendliche oder alte Patienten, Fälle mit Prostatahypertrophie, die das Einführen des Lithotriptors erschweren, die Lage des Steines im vesikalen Ende des Ureters, ein Fremdkörper als Kern des Steines. Wird die Blase nicht dräniert, sondern die Operationswunde sorgfältig geschlossen, so tritt nach acht oder zehn Tagen Heilung ein. Der Vorwurf der verlängerten Rekonvaleszenz ist also unbegründet.

Fendt-Wiesbaden.

Geschichte der Lithotomie, von Max Kahn-New York. (Med. Record, 12. Okt. 1912.) Fleißige Lesestudien, die zu einem interessanten geschichtlichen Essay zusammengefaßt sind. W. Lehmann-Stettin.

Über Erfahrungen mit der Blasennaht beim hohen Steinschnitt an Kindern, von v. Werthern-Heide i. H. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 3.) Während eines $1^1/_2$jährigen Aufenthalts in Nord-China hat Verfasser 21 Blasensteinoperationen ausgeführt, von denen 18 (sämtlich geheilt) Kinder unter 15 Jahren betrafen. Er spricht sich auf Grund seiner dortigen Erfahrungen entschieden für die vollständige Naht der Blase aus, allerdings unter Anlegung einer kleinen äußeren Urethrotomie zwecks Einlegens eines genügend dicken Verweilkatheters und gründlicher Ausspülung der Blase mit Bor- und Wasserstoffsuperoxydlösung. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der gegenwärtige Stand der Litholapaxieoperation, von Arthur T. Cabot-Boston. (Journ. amer. med. assoc., 30. Novemb. 1912.) Nach der großen Erfahrung des Verfassers und der Meister der Urologie ist die Litholapaxie die Operation der Wahl; aber merkwürdigerweise wird sie von der jüngeren Generation der Chirurgen wenig und mit nicht genügender Sachkenntnis ausgeführt. Die Litholapaxie hat eine Mortali-

Digitized by Google

tät von 1,6 bis 6 %, je nach dem Alter des Patienten, während die Sectio suprapubica eine solche von 10 bis 20 % aufweist. Die suprapubische Operation wird immer noch ausgeführt, weil viele Chirurgen nicht im Besitz der zur Litholapaxie erforderlichen Instrumente sind und sich auch nicht die Mühe geben, sich mit der Technik der Lithotripsie vertraut zu machen, einer Operation, die nicht mehr Geschicklichkeit als eine Zystoskopie erfordert. Wichtig ist, daß die Blase vor Einführung des Lithotriptors mäßig ausgedehnt ist; dann ist es praktisch unmöglich, daß die Blasenwand von den Branchen des Instrumentes gefaßt wird. Nur wenn durch starke Prostatahypertrophie der Weg durch die Urethra für den Lithotriptor ungangbar wird, ist der Sectio perinealis oder suprapubica angezeigt, wobei zugleich mit der Prostata der Blasenstein entfernt werden kann. Fendt-Wiesbaden.

Über Urinintoxikation bei intraperitonealer Harnblasenruptur, von F. Oehlecker-Hamburg-Eppendorf. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 49.) Bei intraperitonealen Blasenrupturen kommen zwei Komponenten in Betracht: die Infektionskomponente, falls Blasenkatarrh besteht, und die Urämiekomponente. Kommt die Infektionskomponente in Frage, so ist die Prognose schlecht, aber auch in Fällen, in denen das Krankheitsbild lediglich durch die Komponente der Urinintoxikation beherrscht wird, können die allerschwersten Symptome beobachtet werden, die am zweiten und dritten Krankheitstage einzusetzen pflegen. Der Grad der Harnintoxikation nimmt langsam aber ständig zu, und die Kranken können, ohne daß eine Infektion der Peritonealhöhle hinzukommt, lediglich an Urämie zugrunde gehen.

Verfasser schildert zwei derartige Fälle intraperitonealer Harnblasenrupturen und Erfüllung der Bauchhöhle mit sterilem Urin. Fall 1 kam am neunten, Fall 2 am fünften Tage nach der Ruptur zur Operation.

Beide Patienten kamen in einem schwerkranken, höchst desolaten Zustande ins Krankenhaus: subnormale Temperatur, benommenes Sensorium, aufgetriebener Leib, Erbrechen, Singultus, ein Symptom, welches immer besonders auffällt. Bei den Operationen findet sich eine enorme Menge nicht infizierten Urins in der Bauchhöhle, der Peritonealüberzug ist nur stark injiziert und gereizt, keine fibrösen oder eitrigen Entzündungserscheinungen. Nach der Operation kommt eine äußerst schnelle Besserung im Befinden der Patienten zustande, im Verlaufe der ersten drei Tage post operationem schwinden die urämischen Erscheinungen und innerhalb der ersten 3—4 Tage sinkt die Gefrierpunkterniedrigung des Blutes wieder auf den normalen Wert herab.

Hilfe, und zwar außerordentlich schnelle Hilfe bringt natürlich in solchen Fällen nur die Operation; bei hoher Anreicherung des Blutes mit festen Harnbestandteilen darf man mit intravenösen Kochsalzinfusionen zur Durchspülung des Blutes nicht geizen. Franz-Dresden.

Beitrag zum Studium der Blasenhernie, von Putzu-Cagliari. (Policlinico, 20. Jahrgang, Februar 1913, Nr. 2.) Mitteilung von drei Fällen inguinaler Zystozele. A. Gunsett-Straßburg.

Über Harnblasenbrüche, von Hans Finsterer-Wien. (Beitr. z. klin. Chir., 1912, Bd. 81.) Die Arbeit hat ein rein spezialistisch-chirurgisches Interesse, so daß sie sich zum Referieren an dieser Stelle nicht eignet. Lasch-Breslau.

Blasenexstirpation wegen maligner Erkrankung, von Francis R. Hagner-Washington. (Med. Record, 19. Okt. 1912.) Bei einem 40jährigen Russen, der seit zwei Jahren über zunehmenden Blutabgang und Schmerzen klagte, wurde zystoskopisch ein breit aufsitzender Tumor, der den ganzen Blasengrund einnahm, festgestellt. Nach vorhergehender, unter Lokalanästhesie vorgenommener Sectio alta wurde zehn Tage später in Narkose eine Ausschälung vorgenommen, die Ureteren in das Rektum ver-

Digitized by Google

pflanzt und die ganze Blase reseziert. Obwohl der Patient über den ersten Choc hinwegkam, ging er doch unter zunehmender Schwäche binnen zwei Wochen ein.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologische Kleinigkeiten.

a) Favus am oberen und unteren Augenlid. b) Conjunctivitis blennorrhoica metastatica. c) Nephritis syphilitica acuta praecox mit sehr hochgradiger Albuminurie und starkem Ödem; Spirochaeta pallida im Harnsediment, von Erich Hoffmann-Bonn. (Sitzungsber. d. Niederrh. Ges. f. Natur- und Heilk. Bonn, 7. Nov. 1912.) Für die Diagnose der akuten syphilitischen Nephritis im Frühstadium sind folgende Kriterien wertvoll: 1. Nachweis der frischen Lues durch klinische Erscheinungen und durch den Befund von Spirochaeta pallida an Genital-, Mund- oder Hauteffloreszenzen und durch Wassermann-Reaktion, 2. Nachweis der Spirochaeta pallida im Harnsediment, 3. Vorhandensein eines enorm hohen Eiweißgehalts, 4. schneller Einfluß der spezifischen Therapie (Jod-Quecksilber- oder Salvarsan-Quecksilber-Kur). Die Prognose ist nicht schlecht bei sofortiger Behandlung. Die schwere Nephritis syphilitica acuta praecox wird schnell geheilt durch die Quecksilber-Salvarsan-Kur.

Chrzelitzer-Posen.

Handschuhverletzungen und Händedesinfektion, von H. Ahlfeld-Marburg. (Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. 83, H. 1.) Ausgehend von der Beobachtung, daß selbst bei geübten Operateuren die Zahl der Handschuhverletzungen fast $33^1/_3\%$ beträgt und bei mindergeübten noch bedeutend höher anzunehmen ist, bespricht Ahlfeld nochmals die Frage, ob die Hände besser durch Heißwasser-Seife-Alkohol-Desinfektion keimfrei zu machen seien, oder ob das verlängerte Fürbringersche Verfahren der Heißwasser-Alkohol-Sublimat-Desinfektion, bei dem der Alkohol quasi nur der Schrittmacher für das folgende Desinfiziens (Sublimat oder Karbolsäure) ist, vorzuziehen sei. Er glaubt durch neue angestellte Versuche seine Theorie, daß die Heißwasser-Seife-Alkohol-Desinfektion die Hände, völlig und zwar nicht nur oberflächlich keimfrei zu machen imstande sei, beweisen zu können, wodurch eventuell oft die Handschuhe gespart werden könnten, außer zum Selbstschutz des Operateurs. Die richtige Konzentration des zu benützenden Alkohols hängt davon ab, ob man denselben auf mit sterilen Tüchern abgetrocknete Haut bringt (85%—70%) oder ob man nach seinem Beispiel nach der Seifenabspülung, ohne die Hand abzutrocknen, den Alkohol auf dieselbe appliziert (96%). Im übrigen ist die Arbeit so rein chirurgisch, daß auf das Original verwiesen werden muß.

Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

In Tübingen soll demnächst der Bau einer **neuen Hautklinik** mit 30 Betten für Erwachsene und 10 Betten für Kinder in Angriff genommen werden.

Bei dem vom 8.—11. Juni in Rom stattfindenden **nationalen italienischen Kongresse für Gewerbekrankheiten** wird Prof. Vicenzo Montesano-Rom das Referat über Dermatosen professionellen Ursprunges erstatten.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J.H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

26. April 1913 | Nr. 17 | Band 56

Aus der deutschen dermatologischen Universitätsklinik in Prag.
(Vorstand: Prof. K. Kreibich.)

Die Beziehungen der Unnaschen Parakeratosis variegata zur Pityriasis lichenoides.

Von

Dr. E. Klausner.

(Mit 2 Abbildungen.)

In Band 55 der Dermatologischen Wochenschrift hat Hodara anläßlich eines Falles von Parakeratosis variegata das Verhältnis dieses Krankheitsbildes zu der Neisser-Juliusbergschen „Pityriasis lichenoides" beziehungsweise zum Jadassohnschen Exanthema psoriasiforme lichenoides und der Parapsoriasis en gouttes Brocq ausführlich beschrieben und seinen Fall mit Recht mit den genannten Krankheitsbildern identifiziert.

Wenn ich in folgendem nochmals auf die Frage der Identität der Parakeratosis variegata Unna-Santi-Pollitzer mit der Pityriasis lichenoides des genaueren eingehe, so geschieht das vor allem auf Grund der Möglichkeit, in eindeutiger Weise den Beweis der Identität der genannten Krankheitsbilder sowohl klinisch wie histologisch erbringen zu können. Der zu schildernde Fall bestätigt nämlich vollinhaltlich die Beobachtung Csillags, welcher bei ein und derselben Patientin in zwei verschiedenen Eruptionen das eine Mal die Jadassohnsche bzw. Neisser-Juliusbergsche Form der Pityriasis lichenoides, das zweite Mal die Unnasche Parakeratosis variegata beobachten konnte. Auf Grund seines Falles erklärt Csillag das von Unna beschriebene Krankheitsbild als völlig identisch mit den Fällen von Pityriasis lichenoides, wie sie außer Jadassohn auch Neisser, Juliusberg, Rona, Pinkus, Kreibich, Rille u. a. beschrieben haben.

In meinem Falle handelt es sich um eine 24jährige Privatbeamtin mit folgender für das Krankheitsbild der Pityriasis lichenoides recht charakteristischen Krankengeschichte. Patientin hat als Kind Skarlatina, Morbillen und Diphtherie durchgemacht und war mit Ausnahme einer Lungenentzündung bis zum 21. Lebensjahr stets gesund. Vor $2^1/_2$ Jahren erkrankte sie nun an einem knötchenförmigen Hautausschlag, der in der Achselgegend begann und sich ziemlich rasch über Hals-, Hüften- und Bauchgegend ausbreitete, an den unteren Extremitäten nur in vereinzelten Effloreszenzen. an den

Digitized by Google

oberen Extremitäten, nur auf die Ellbogenbeugen und die Beugeseite der Oberarme beschränkt, auftrat. Der zu Rate gezogene Arzt erklärte die Affektion ihrem Aussehen nach für Lues, weshalb die Patientin auf Anraten des behandelnden Arztes spezialistische Hilfe aufsuchte. Das Krankheitsbild hatte sich inzwischen insofern etwas verändert, als zu dieser Zeit einzelne scheibenförmige Herde auftraten und so geschah es, daß in diesem Stadium das Krankheitsbild für Pityriasis rosea gehalten und dieser Diagnose entsprechend nach den Angaben der Patientin die Behandlung durch längere Zeit fortgesetzt wurde. Im Januar dieses Jahres erschien die Patientin in der Ambulanz der dermatologischen Klinik mit der jetzt bestehenden Hauterkrankung, welche die Diagnose ohne Schwierigkeiten zu stellen gestattete. Die Patientin gab an, daß die Krankheit seit kurzem wieder ausgebrochen sei, nachdem im Sommer sowie im ersten Jahre der Erkrankung die Affektion unter intensiver Sonnenbäderbehandlung fast vollständig geschwunden sein soll. Die Familienanamnese ergab nichts von Bedeutung. Eltern und Geschwister sind gesund, haben nie an einer Hautkrankheit gelitten.

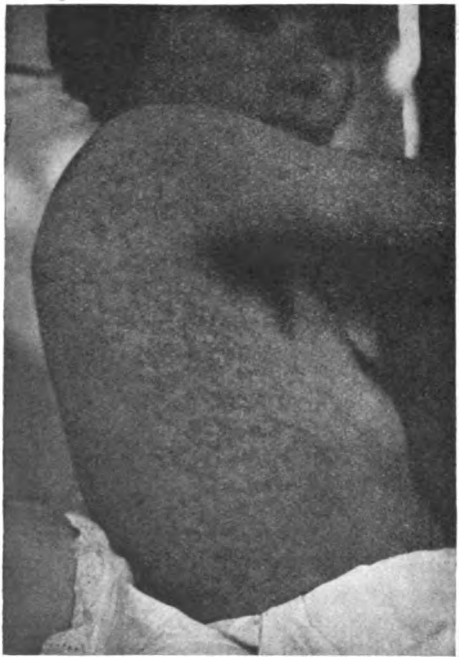


Fig. 1.

Der Hautbefund war nun folgender: Zu beiden Seiten des Stammes finden sich zum großen Teil leicht papulöse Effloreszenzen von gelblich- bis braunroter Farbe. Diese Effloreszenzen zeigen stellenweise, besonders dort, wo sie isoliert stehen, deutlich eine leicht polygonale Gestalt und erinnern entfernt an Lichen planus-Effloreszenzen. Diese papulösen Effloreszenzen zeigen an ihrer Oberfläche eine Schuppe, welche am freien Rande abgehoben ist, zentral aber ziemlich fest haftet; ihre Farbe ist weißlichgrau, und es gelingt mit dem Fingernagel die Schuppe zu entfernen, ohne daß es wie bei der Psoriasisschuppe zu einer Blutung aus dem darunterliegenden Papillarkörper käme. Das Auffälligste an der Affektion jedoch ist die ganz typische Anordnung der eben beschriebenen Effloreszenzen zu ring- und bogenförmig angeordneten Herden, wodurch eine sehr charakteristische Netzzeichnung zustande kommt, die besonders an der Haut zu beiden Seiten des Stammes und besonders schön auch an der Haut der Halsregion in Erscheinung tritt. Dort, wo die Effloreszenzen zu größeren Herden konfluiert sind, ist die Hautfelderung sehr deutlich ausgeprägt und die schon oben erwähnte Facettierung der den Herd zusammensetzenden Einzelfloreszenzen gut zu erkennen. Die Oberfläche dieser Plaques zeigt ebenfalls eine kleienförmige Schuppung, wobei wieder der periphere Teil der Schuppe aufgeblättert erscheint, während der zentrale Anteil an der Unterlage noch festhaftet. Am Halse zeigen die Effloreszenzen ebenfalls eine leicht papulöse Beschaffenheit, ihre Farbe ist hier zart rosarot mit einem Stich ins Gelbe, die Netzzeichnung besonders deutlich ausgeprägt. Neben diesen Effloreszenzen von deutlich papu-

Digitized by Google

lösem Charakter und facettenförmiger Begrenzung finden sich in beiden Ellenbogenbeugen gleichfalls über das Niveau erhabene Effloreszenzen mit glänzender schuppenfreier Oberfläche, linear und mehrere Zentimeter lang sich erstreckend, von gelblichroter Farbe, in ihrer Anordnung senkrecht zu den Hautfurchen der Kubita gestellt und sich mit kürzeren, quergestellten von gleicher Beschaffenheit gleichfalls zu gitterartigen Netzfiguren verbindend. Daneben finden sich an der Beugeseite des Oberarms streifenförmige bis in die Achselhöhle sich erstreckende Hautveränderungen von gelblichrotem Farbenton, die eine zarte Fältelung ihrer Oberfläche aufweisen und dadurch für das Auge den Eindruck leicht atrophischer Beschaffenheit hervorrufen. Schuppung fehlt zum großen Teil an diesen letztbeschriebenen Effloreszenzen. Das Gesicht ist bis auf einen etwa kronengroßen schuppenden Herd von entzündlich roter Farbe in der Gegend der linken Nasolabialfalte im übrigen frei von der beschriebenen Affektion. Die Mundhöhlenschleimhaut zeigt keine auffallenden Veränderungen. Patientin zeigt nirgends am Körper irgendwelche Kratzeffekte in Übereinstimmung mit ihren Angaben, daß die Affektion keinerlei Beschwerden verursache. Die Drüsen des Körpers sind nicht vergrößert. Der Harnbefund ist normal. Die Wassermannsche Reaktion ist negativ, ebenso die Tuberkulinreaktion nach Pirquet, welche ich mit Rücksicht auf die Befunde Civattes, Milians und Pinards, nach deren Ansicht die Parapsoriasis Brocq zu den Tuberkuliden zu rechnen sei, bei der Patientin angestellt habe. Die Untersuchung der inneren Organe des Nervensystems ergab normale Befunde.

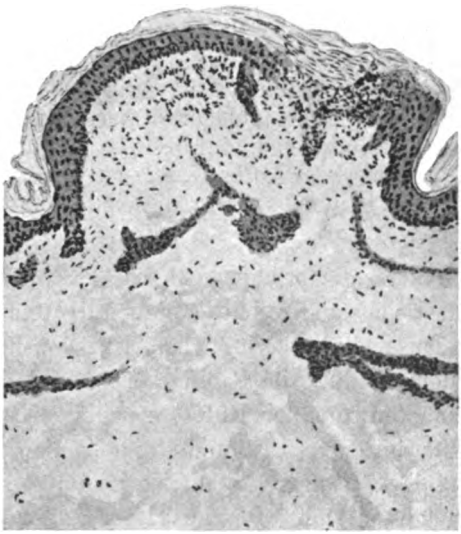


Fig. 2.

Dekursus: Als sich die Patientin vier Wochen später wieder vorstellte, ließ sich ohne daß ein theurapeutischer Versuch gemacht worden wäre, ein deutlicher Rückgang der Affektion konstatieren. Besonders zu beiden Seiten des Stammes zeigten die papulösen Effloreszenzen eine ganz merkliche Rückbildung, sie waren jetzt fast im Niveau der Haut, ihre Farbe war gelblichbraun, die Facettierung innerhalb der einzelnen Herde sehr deutlich, die Schuppung stärker, die Schuppen am Rande des Plaques aufgeblättert.

Die Histologie einer einzelnen, etwas schuppenden, dem freien Auge als makulös imponierenden Effloreszenz ergab folgenden Befund:

In der Kutis keine auffallenden Veränderungen bezüglich der Struktur des kollagenen und elastischen Bindegewebes. An den etwas erweiterten Gefäßen die perithelialen Zellen gewuchert, die Gefäße selbst umgeben von einem fast ausschließlich aus Rundzellen bestehenden Zellmantel. Im Papillarkörper stellenweise ein mäßig dichtes, ebenfalls größtenteils aus Rundzellen bestehendes Infiltrat. Das Epithel ist dort, wo das Infiltrat im Papillarkörper vollständig fehlt, im großen und

Digitized by Google

ganzen von normaler Beschaffenheit, das Stratum granulosum gut ausgebildet mit einer stellenweise abgehobenen hyperkeratotischen Hornschicht bedeckt. Dagegen zeigt das Epithel über dem deutlich infiltrierten Papillarkörper folgende Veränderungen. Es ist daselbst zur Einwanderung von einzelnen Rundzellen gekommen, die Zellen des Rete Malpighi sind hier auseinander gedrängt, an einigen Stellen deutlich interepitheliales Ödem. Dort, wo die Einwanderung in das Epithel am stärksten ist, ist das Epithel durch die Rundzelleninvasion zugrunde gegangen, in anderen Schnitten sieht man noch den Rest des früheren Epithelzapfens in seinem Kontur angedeutet. Daselbst zeigt nun auch die Hornschichte eine sehr charakteristische Veränderung, indem es daselbst zur Ausbildung einer skutulumartigen parakeratotischen Schuppe gekommen ist, welche in einer Delle des an diesen Stellen in seinen Schichten verdünnten Epithels liegt und sich entweder dem Epithel fest anschmiegt oder wie an anderer Stelle am freien Rande aufgeblättert und vom Epithel abgehoben erscheint. Die Schuppe besteht, wie schon gesagt, aus mehreren Reihen parallel gelagerter kernhaltiger Hornzellen, stellenweise mit spärlichen Rundzellen durchsetzt. Infiltrate von tuberkulösem oder tuberkuloseähnlichem Aufbaue, wie sie Civatte, Milian und Pinard beschrieben haben, fanden sich in diesem Präparate nicht.

Es entspricht demnach der von mir erhobene histologische Befund fast vollständig dem, welchen Hodara bei seinem im makulösen Regressionsstadium befindlichen Exzisionsherde erhoben hat, indem er neben dem Infiltrat im Papillarkörper und der Rundzelleninfiltration der Gefäße im Zentrum der Effloreszenz eine Veränderung der Epidermis beschreibt, die in einer Umwandlung der Epidermiszellen in eine homogene, mit einigen noch gefärbten Kerntrümmern versetzten, im übrigen ungefärbte Lage besteht. Die aus 1—2 Zellenreihen sich zusammensetzende restliche Epidermis ist durchsetzt mit dem aus dem Papillarkörper vordringenden Rundzelleninfiltrat und gleichfalls im Abbau begriffen. Wenn der von mir erhobene Befund sich von dem Hodaras durch seine viel geringere Intensität unterscheidet, so liegt das, wie Pinkus schon betont, in der Verschiedenheit im Altersstadium der zur histologischen Untersuchung gelangten Effloreszenzen. Auf die gleiche Weise lassen sich die zahlreichen voneinander mehr oder minder verschiedenen histologischen Befunde bei der Pityriasis lichenoides erklären. Was jedoch allen Befunden gemeinsam ist, das ist das geringe Ergriffensein der Cutis propria, welche mit Ausnahme der Rundzelleninfiltration um die Gefäße herum keinerlei Infiltrate und keine auffallende Strukturveränderungen aufweist. Gemeinsam ist ferner allen histologischen Befunden die Infiltration im Papillarkörper, deren Intensität, wie schon erwähnt, vom Alter der einzelnen Effloreszenz abhängt und natürlicherweise im regressiven Stadium entsprechend meinem Falle eine ziemlich geringe ist. Weiterhin fand

Digitized by Google

sich in allen Fällen ein mäßiges Ödem des Rete MALPIGHI und eine geringgradige Durchsetzung mit Rundzellen.

Schließlich finden sich immer Veränderungen der Hornschicht in Form der Hyper- und Parakeratose. Bemerkenswert ist endlich die Tatsache, daß ich auch in dem eben beschriebenen Falle an einigen Stellen des histologischen Präparates die von PINKUS und KREIBICH bei der Pityriasis lichenoides beschriebenen skutulumartigen, aus kernhaltigen Hornzellen bestehenden Schuppengebilde konstatieren konnte, die sich stets an den Stellen relativ stärkster Rundzelleninfiltration des Papillarkörpers über verdünntem bzw. degeneriertem Epithel fanden, was man auch in der beigefügten Abbildung erkennen kann.

Was zum Schluß die therapeutischen Versuche betrifft, so erwies sich bisher die Krankheit als unheilbar, was ja als Charakteristikum derselben bisher immer betont wurde. Hingegen sind bei dem geschilderten Falle die Remissionen in der heißen Jahreszeit besonders ausgeprägt gewesen und führten zum fast vollständigen Schwunde der Affektion an den dem Sonnenlichte ausgesetzten Stellen. Auch diese Beobachtung, nämlich die Besserungen des Krankheitszustandes im Sommer bzw. Verschlimmerungen desselben im Winter, finden wir des öfteren bei der Pityriasis lichenoides unter anderem von PINKUS erwähnt, während UNNA in seiner Originalarbeit betont, daß bei seinen zwei Fällen von Parakeratosis variegata spontane Remissionen nicht auftraten. Ich möchte bei meinem Falle die ausgesprochenen Remissionen im Sommer als Erfolge der rationellen Sonnenbehandlung von seiten der Patientin betrachten und darin vielleicht einen bisher übersehenen Heilfaktor gegen dieses derzeit in seinem Wesen noch ganz unbekannte Krankheitsbild erblicken. In dieser Richtung werden sich bei dem genannten Falle auch die weiteren therapeutischen Maßnahmen erstrecken.

Wenn ich also nochmals den beschriebenen Fall zusammenfasse, so zeigte derselbe im Beginne seiner Hauterkrankung eine knötchen- und fleckenförmige Affektion, welche in diesem Stadium als Pityriasis lichenoides aufgefaßt werden muß und zu ganz charakteristischen diagnostischen Irrtümern geführt hat. Nach zweijährigem Bestande tritt nun nach einer scheinbar fast vollständigen Heilung eine neue Eruption auf, die in ihrem klinischen Bilde der Parakeratosis variegata gleicht, indem die zu Ring- und Bogenform zusammengetretenen Effloreszenzen dadurch, daß sie zwischen sich Herde gesunder Haut einschließen eine ausgesprochene Netzzeichnung des Krankheitsbildes bedingen. Die Krankheit besteht trotz Remissionen seit mehr als zwei Jahren, ohne der Patientin nennenswerte Beschwerden zu bereiten. Der histologische Befund entspricht den Ergebnissen, wie sie für die Pityriasis lichenoides und die Para-

Digitized by Google

keratosis variegata erhoben wurden. Auf Grund dieser Beobachtungen schließe ich mich der Ansicht Csillags vollinhaltlich an, daß die Parakeratosis variegata und die Pityriasis lichenoides miteinander identisch sind und nur verschiedene Formen ein und desselben Krankheitsbildes darstellen. Dessenungeachtet ist für das eben beschriebene Krankheitsbild die Unnasche Bezeichnung Parakeratosis variegata beizubehalten, da sie klinisch und histopathologisch das Krankheitsbild treffend charakterisiert.

Aus der syphilidologischen Klinik des Krankenhauses St. Göran in Stockholm.
(Vorstand: Prof. Dr. Johan Almkvist.)

Die Einwirkung wiederholter Salvarsan- und Neosalvarsaninjektionen auf das Blut.

Von

Dr. Karl Hedén, Assistenzarzt.

(Schluß.)

Fall 7. 32jähr. Arbeiter. Syphilis secundaria (Papul. mucos. scroti, Polyscleradenit. ingu).

Tabelle VII.

Datum 1912	Dosis	Blutdruck mm Hg	Hämoglobin	Anzahl roter Blutkörperchen	Anzahl weißer Blutkörperchen	Neutrophile	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten	Große mononukleäre und Übergangsformen
						in Prozenten				
14. 4.		135	100	4480	8200	70	1	0.5	27	1.5
15. 4.	Neosalv. = 0,6 g Salvarsan	120	100	4485	8900	65	1	0,5	32,5	1
16. 4.		135	100	4500	7900	61,5	1,5	0.5	35	1.5
17. 4.		130	100	4520	7000	63	1	0.5	34,5	1
18. 4.		125	100	4530	7100	62	1.5	0,5	33.5	2.5
19. 4.	Neosalv. = 0,6 g Salvarsan	115	100	4540	8000	64	1,5	0.5	30,5	3,5
20. 4.		135	100	4600	8200	68	2,5	0,5	24,5	4.5
22 4.		132	100	4650	8500	70	1,5	0.5	23	5
23. 4.	Neosalv. = 0,6 g Salvarsan	130	100	4700	7200	68	1,5	0,5	26,5	3.5
24. 4.		125	100	4780	7300	67	1	0.5	29	2.5
26. 4.		122	100	4720	6100	68,5	1	0,5	28	2.5

Digitized by Google

Tabelle VII (Fortsetzung).

Datum 1912	Dosis	Blutdruck mm Hg	Hämoglobin	Anzahl roter Blutkörperchen	Anzahl weißer Blutkörperchen	Neutrophile	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten	Große mononukleäre und Übergangsformen
						in Prozenten				
27. 4.	Neosalv. = 0,6 g Salvarsan	122	100	4740	7400	70,5	1	0,5	26	2
28. 4.		120	100	4730	7100	72	0,5	0,5	25,5	1,5
30. 4.		125	100	4650	7400	71,5	1	0,5	26	1
1. 5.	Neosalv. = 0,6 g Salvarsan	128	100	4700	8100	73	1,5	0,5	23,5	1,5
2. 5.		130	100	4680	8400	74,5	1,5	0,5	22.5	1
5. 5.		125	100	4695	7800	72	1	0,5	25	1,5
6. 5.	Neosalv. = 0.6 g Salvarsan	125	100	4700	7500	73	1,5	0,5	24	1
7. 5.		128	100	4720	8900	74,5	0,5	0,5	24	0.5
9. 5.		125	100	4810	8650	72	1	0,5	25.5	1
10. 5.	Neosalv. = 0,6 g Salvarsan	130	100	4780	7900	73,5	1,5	0,5	24	0,5
11. 5.		128	100	4800	8500	72	1	0,5	25.5	1
13. 5.	Neosalv. = 0,6 g Salvarsan	132	100	4785	7850	73,5	1,5	0.5	23	1,5
14. 5.		138	100	4800	9500	75	1,5	1	22	0,5

Wie gewöhnlich ist der Blutdruck nach der ersten Injektion etwas, außerdem nach der zweiten sehr unbedeutend herabgesetzt. Der Hämoglobingehalt und die roten Blutkörperchen während der Behandlung gar nicht, die weißen Blutkörperchen kaum verändert. Im Gegenteil zu den früheren Fällen zeigen die polymorphkernigen Leukozyten nach der ersten Injektion eine relative Verminderung. Nach den folgenden sind aber keine deutlichen Veränderungen zu beobachten. Keine relative Vermehrung der Lymphozyten.

Fall 8. 28 jähr. Arbeiter. Syphilis recens (Primäraffekt, Polyscleradenit. ingu. bilat., WR ++++). (Tabelle VIII.)

Der Blutdruck sinkt nach der ersten Injektion bedeutend, weniger nach der zweiten. Der Hämoglobingehalt und die Anzahl roter Blutkörperchen sind nach der ersten Injektion etwas vermindert, nach der zweiten aber nicht. Die Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen ist nach der ersten Injektion etwas, nach der zweiten weniger vermehrt. Die polymorphkernigen Leukozyten zeigen nach der ersten Injektion eine bedeutende Vermehrung, welche während der Behandlung besteht. Im Gegenteil zu diesen zeigen die Lymphozyten nach der ersten Injektion eine bedeutende Verminderung, welche sich während der Behandlung kaum vermehrt.

Digitized by Google

Tabelle VIII.

Datum 1912	Dosis	Blutdruck mm Hg	Hämoglobin	Anzahl roter Blutkörperchen	Anzahl weißer Blutkörperchen	Neutrophile	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten	Große mononukleäre und Übergangsformen
						in Prozenten				
26. 4.		130	100	4850	8400	60	1	0,5	38	0,5
27. 4.	Neosalv. = 0,5 g Salvarsan	95	90	4600	13500	77	2	0,5	18.5	2
28. 4.		110	95	4650	9500	75	2	0,5	20	2.5
29. 4.		120	100	4710	9600	76,5	2,5	0,5	17,5	3
30. 4.		130	100	4730	9200	74	2	0,5	21	2,5
1. 5.	Neosalv. = 0,5 g Salvarsan	118	100	4700	11100	77,5	2,5	0,5	17	2,5
2. 5.		125	95	4710	9900	76,5	2	0,5	19	2

Fall 9. 30jähr. Kaufmann. Syphilis maligna (Primäraffekt cum phimosi, Papul. mucos. penis, scroti, ad anum, inter digitor. pedis, Papul. disseminat. et serpiginos., Papulopustulae, Rupiae).

Tabelle IX.

Datum 1912	Dosis	Blutdruck mm Hg	Hämoglobin	Anzahl roter Blutkörperchen	Anzahl weißer Blutkörperchen	Neutrophile	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten	Große mononukleäre und Übergangsformen
						in Prozenten				
18. 4.		120	70	4100	7200	70	0,5	0,5	28	1
19. 4.	Neosalv. = 0,4 g Salvarsan	125	70	4110	12500	78	1	0,5	19	1,5
20. 4.		125	70	4100	7800	76	1,5	0,5	20	2
21. 4.		128	75	4120	7500	74,5	1,5	0,5	21	2.5
22. 4.		126	80	4150	8100	71,5	1.5	0,5	23,5	3
23. 4.	Neosalv. = 0,6 g Salvarsan	128	80	4200	10000	69	2	0,5	24,5	4
24. 4.		130	85	4220	9900	68,5	1,5	0,5	26	3.5
26. 4.		120	90	4220	10000	70	1,5	0,5	25,5	2.5
27. 4.	Neosalv. = 0,6 g Salvarsan	115	90	4210	10100	72,5	1	0,5	24	2
28. 4.		112	95	4225	9800	73	1	0,5	24	1.5
30. 4.		115	95	4300	9400	74	0,5	0,5	24	1
1. 5.	Neosalv. = 0,6 g Salvarsan	116	95	4100	10100	76,5	1	0,5	20,5	1.5
2. 5.		118	95	4225	10200	74,5	0,5	0,5	23,5	1

Digitized by Google

Der Blutdruck unverändert. Der Hämoglobingehalt und die Anzahl roter Blutkörperchen zeigen ähnliche Veränderungen wie die Fälle 5 und 6. Die weißen Blutkörperchen zeigen nach der ersten Injektion eine deutliche Vermehrung, nach den übrigen aber nur unbedeutende Variationen. Die neutrophilen Leukozyten zeigen nach der ersten Injektion eine deutliche Zunahme, nach der zweiten eine unbedeutende Verminderung ihrer Anzahl. Die Lymphozyten zeigen während der Behandlung umwechselnd Verminderung und Vermehrung.

Fall 10. 52 jähr. Arbeiter. Syphilis secundaria (Scleradenitis univ., Papul. mucos., Exanth. maculo-papulos.).

Tabelle X.

Datum 1912	Dosis	Blutdruck mm Hg	Hämoglobin	Anzahl roter Blutkörperchen	Anzahl weißer Blutkörperchen	Neutrophile	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten	Große mononukleäre und Übergangsformen
						in Prozenten				
12. 1.		120	100	4610	8200	67	1,5	0,5	30	1
13. 1. 12.00 Uhr vorm.	0,4 g[1]) Salvarsan	125	100	4600	9500	68	1	0,5	29,5	1
13. 1. 1.30 „ nachm.		115	95	4560	6500	69	1,5	0,5	27,5	1,5
13. 1. 3.30 „ „		115	90	4555	8700	74,5	1,5	0,5	22,5	1
13. 1. 6.30 „ „		110	90	4500	10000	78	1,5	0,5	19,5	0,5
13. 1. 11.30 „ „		95	90	4480	12500	81,5	2	0,5	14,5	1,5
14. 1. 11.30 „ vorm.		100	90	4510	8500	75,5	1,5	0,5	21,5	1
14. 1. 11.30 „ nachm.		100	95	4520	8200	72,5	1,5	0,5	25	0,5
15. 1. 11.30 „ vorm.		100	95	4520	8600	67	2	0,5	29	1,5
16. 1. 11.30 „ „		116	96	4610	8500	68	2,5	1	26,5	2
17. 1. 11.30 „ „	0,4 g[1]) Salvarsan	115	95	4630	10000	69	0,5	0,5	29	1
18. 1. 11.30 „ „		115	95	4650	9500	70,5	1	0,5	27,5	0,5
19. 1. 11.30 „ „		116	95	4700	9000	71	1,5	0,5	26	1
20. 1. 11.30 „ „		110	95	4710	8300	72,5	0,5	0,5	25,5	1
21. 1. 11.30 „ „		110	95	4700	8100	71	1	0,5	27	0,5
22. 1. 11.30 „ „	0,4 g[1]) Salvarsan	115	95	4710	8200	70,5	0,5	0,5	28	0,5
23. 1. 11.30 „ „		110	95	4700	8300	71	0,5	0,5	27,5	0,5

Der Blutdruck zeigt nach der ersten Injektion eine bedeutende Herabsetzung, welche ihr Minimum 12 Stunden nach der Injektion erreicht. Nach den übrigen Injektionen keine Blutdrucksveränderungen. Der Hämoglobingehalt und die Anzahl roter Blutkörperchen sind nach der ersten Injektion unbedeutend vermindert. Die weißen Blutkörperchen zeigen $1^1/_2$ Stunden nach der ersten Injektion eine deutliche Leukopenie, nach welcher eine Vermehrung begann, so daß 12 Stunden nach der Injektion die weißen Blutkörperchen ihr Maximum erreicht hatten. Die polymorphkernigen Leukozyten zeigen nach der ersten Injektion eine Vermehrung, welche das Maximum auch 12 Stunden nach der Injektion erreicht. Nach den übrigen Injektionen keine bemerkenswerten Veränderungen.

[1]) Die Blutuntersuchung ist unmittelbar vor der Injektion gemacht.

Digitized by Google

Fall 11. 26 jähr. Kommis. Syphilis secundaria (Scleradenitis univ., Exanth. maculo-papulos.).

Tabelle XI.

Datum 1912	Dosis	Blutdruck mm Hg	Hämoglobin	Anzahl roter Blutkörperchen	Anzahl weißer Blutkörperchen	Neutrophile	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten	Große mononukleäre und Übergangsformen
						in Prozenten				
25. 1.		120	95	4900	10000	72,5	2	0,5	24,5	0.5
26. 1.	0,4 g Salvarsan	110	90	5000	12100	79	2,5	0,5	17	1
27. 1.		120	95	4900	9800	68	3	0,5	27	1,5
28. 1.		120	95	4980	10000	66	3	0,5	29	1,5
29. 1.		122	95	5000	9900	69	3,5	0,5	25	2
30. 1.	0,4 g Salvarsan	100	95	5100	10500	72	3	0,5	23	1,5
1. 2.		100	95	4980	11000	71	2,5	0,5	25,5	0.5
2. 2.		115	95	5000	10900	72	2	0,5	25	0,5
6. 2.		120	95	5100	10800	68	1,5	0,5	29,5	0,5
7. 2.	0.4 g Salvarsan	118	100	5100	11500	72	1	0,5	26	0,5
8. 2.		115	100	5100	11900	71	0,5	0,5	27,5	0,5
11. 2.		118	100	5000	11000	73	0,5	0,5	25	1
12. 2.	0,4 g Salvarsan	122	100	5100	10800	71,5	0,5	0,5	27	0,5
13. 2.		120	100	5000	11000	70	0,5	0,5	28	1
15. 2.		116	100	5100	10000	72	0,5	0,5	26,5	0,5
16. 2.	0,4 g Salvarsan	118	100	4980	10500	74	0,5	0,5	24	1
17. 2.		115	100	4970	9800	75	0,5	0,5	23,5	0.5
19. 2.		116	95	4980	10000	72	0,5	0,5	26,5	0.5
20. 2.	0,4 g Salvarsan	118	95	4870	9800	70,5	0,5	0,5	28	0,5
21. 2.		116	100	4870	9000	71	0,5	0,5	27,5	0,5
23. 2.		114	100	4860	8500	72	0,5	0,5	26	1
24. 2.	0,4 g Salvarsan	116	100	4850	8400	73,5	0,5	0,5	25	0,5
25. 2.		115	100	4860	8100	71	0,5	0,5	27	1

Der Blutdruck ist sowohl nach der ersten wie der zweiten Injektion unbedeutend herabgesetzt. Der Hämoglobingehalt und die Anzahl roter und weißer Blutkörperchen insgesamt zeigen keine nennenswerten Veränderungen. Die polymorphkernigen Leukozyten sind nach der ersten Injektion etwas, nach den übrigen noch weniger oder gar nicht vermehrt. Die eosinophilen Leukozyten zeigen nach der zweiten Injektion eine unbedeutende Verminderung.

Fall 12. 26 jähr. Kellner. Syphilis secundaria (Papul. mucos. lab., WR ++++). Der Blutdruck zeigt sowohl nach der ersten als nach der zweiten Injektion eine bedeutende Herabsetzung, welche danach bis zum Ende der Behandlung besteht. Der Hämoglobingehalt und die Zahl der roten Blutkörperchen sind nach der ersten und zweiten Injektion etwas vermindert. Die weißen Blutkörperchen insgesamt und die neutrophilen Leukozyten zeigen nach der ersten, zweiten und siebenten Injektion eine gewisse Vermehrung.

Digitized by Google

Tabelle XII.

Datum 1912	Dosis	Blutdruck mm Hg	Hämoglobin	Anzahl roter Blutkörperchen	Anzahl weißer Blutkörperchen	Neutrophile	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten	Große mononukleäre und Übergangsformen
						in Prozenten				
26. 4.		145	100	4780	6000	63	1,5	0,5	34,5	0,5
27. 4.	Neosalv. = 0,5 g Salvarsan	110	90	4600	11000	70	2,5	0,5	25	2
28. 4.		130	95	4650	7500	67,5	2,5	0,5	28	1,5
29. 4.		135	95	4625	6900	68	3	0,5	27,5	1
30. 4.		135	100	4630	6600	69	2	0,5	28	0,5
1. 5.	Neosalv. = 0,5 g Salvarsan	108	95	4625	9000	73	2,5	0,5	23	1
2. 5.		115	100	4640	8900	74	2	0,5	23	0,5
5. 5.		116	100	4645	9100	75	1,5	0,5	22	1
6. 5.	Neosalv. = 0,5 g Salvarsan	114	100	4650	9200	76,5	1	0,5	22	0,5
7. 5.		118	100	4680	8400	78	0,5	0,5	20,5	0,5
9. 5.		116	100	4700	8900	77,5	0,5	0,5	21	0,5
10. 5.	Neosalv. = 0,5 g Salvarsan	118	100	4690	9800	78	0,5	0,5	20,5	0,5
11. 5.		118	100	4700	9600	77	0,5	0,5	21	1
13. 5.		114	100	4690	7800	78,5	0,5	0,5	19,5	1
14. 5.	Neosalv. = 0,5 g Salvarsan	116	100	4710	8900	76	1,5	0,5	21,5	0,5
15. 5.		114	100	4700	8800	75	1,5	0,5	22	1
17. 5.		115	100	4710	7500	73	0,5	0,5	25,5	0,5
18. 5.	Neosalv. = 0,5 g Salvarsan	114	100	4700	7900	71,5	1,5	0,5	26	0,5
19. 5.		116	100	4710	8300	70	1	0,5	27,5	1
22. 5.		115	100	4715	7600	68	0,5	0,5	30,5	0,5
23. 5.	Neosalv. = 0,8 g Salvarsan	100	95	4700	10100	73,5	1,5	0.5	23,5	1
24. 5.		114	100	4690	8500	70,5	1	0,5	27,5	0,5
25. 5.		118	100	4680	7900	68,5	0.5	0,5	30	0,5

Fall 13. 16jähr. Knabe. Syphilis heredit. (symptomfrei, WR —).

Nach Injektion von 200 ccm physiologischer Kochsalzlösung waren keine Veränderungen des Blutdruckes, oder der Blutkörperchen zu beobachten. Nach Injektion 0,4 g Salvarsan in 200 ccm derselben Lösung zeigte sich eine Herabsetzung des Blutdruckes eine gewisse Vermehrung der gesamten weißen Blutkörperchen und der polymorphkernigen Leukozyten. Hämoglobingehalt und Zahl der roten Blutkörperchen ohne Veränderung.

Digitized by Google

Tabelle XIII.

Datum 1912	Dosis	Blutdruck mm Hg	Hämoglobin	Anzahl roter Blutkörperchen	Anzahl weißer Blutkörperchen	Neutrophile	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten	Große mononukleäre und Übergangsformen
						in Prozenten				
21. 3.		118	100	4225	8700	74	0,75	0,25	24,5	0,5
22. 3.	200 ccm physiolog. NaCl.-Lösung	122	100	4230	8900	73	0,5	0,5	25,5	0,5
23. 3.		120	100	4230	9000	72,5	0,5	0,25	26	0,75
26. 3.	200 ccm physiolog. NaCl.-Lösung	120	100	4235	8800	72	0,5	0,5	27	0,5
27. 3.		122	100	4240	8750	72,5	0,2	0,2	26,5	0,2
28. 3.	0,4 g Salvarsan	100	95	4225	11500	79	1,5	0,5	18,5	0,5
29. 3.		118	100	4230	9100	74,5	1	0,5	23,5	0,5
30. 3.		124	100	4235	8400	71,5	0,5	0,2	27,5	0,2

Fall 14. 35 jähr. Arbeiter. Psoriasis guttata univ. WR —.

Tabelle XIV.

Datum 1912	Dosis	Blutdruck mm Hg	Hämoglobin	Anzahl roter Blutkörperchen	Anzahl weißer Blutkörperchen	Neutrophile	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten	Große mononukleäre und Übergangsformen
						in Prozenten				
15. 2.		135	100	4900	8450	61	0,5	0,25	38	0,25
16. 2.	0,4 g Salvarsan	138	95	4890	12500	67	0,5	0,5	32	0,5
17. 2.		136	100	4880	9900	63	0,5	0,25	36	0.25
19. 2.		130	100	4850	9000	64	0,5	0,25	35	0.25
20. 2.	0,4 g Salvarsan	125	100	4970	11500	69	1	0,5	29	0,5
21. 2.		130	100	4965	10000	70	0,5	0,5	28,5	0,5
23. 2.		120	100	4975	9200	71	1	0,5	27	0,5
24. 2.	0.4 g Salvarsan	120	100	4950	9000	68	1,5	0,5	29,5	0,5
25. 2.		118	100	4940	8500	67	2,5	0,5	29	1
27. 2.		120	100	4935	9800	68	3,5	0,5	27	1
28. 2.	0,4 g Salvarsan	122	100	4940	10500	67	4	0,5	27	1,5
3. 3.		128	100	4935	10000	66	4,5	0,5	28	1
4. 3.	0,4 g Salvarsan	126	100	4930	8500	64	5,5	0,5	28,5	1,5
5. 3.		128	100	4920	8100	63	5	0,5	29,5	2
10. 3.		125	100	4910	7500	62	3	0,5	33,5	1
18. 3.	0.4 g Salvarsan	128	100	4850	8500	63	1,5	0,5	34,5	0,5
19. 3.		130	100	4830	8000	64	0,5	0,5	34,5	0,5

Digitized by Google

Keine bemerkenswerten Veränderungen des Blutdruckes. Auch der Hämoglobingehalt und die roten Blutkörperchen sind hauptsächlich während der Behandlung unverändert. Die gesamten weißen Blutkörperchen und die neutrophilen Leukozyten zeigen nach der ersten Injektion eine unbedeutende, nach der zweiten eine noch geringere Vermehrung. Die eosinophilen Leukozyten zeigen eine gewisse Vermehrung nach der dritten, vierten und fünften Injektion.

Fall 15. 28 jähr. Chauffeur. Psoriasis guttata univ. + Syphilis (WR +++, sonst keine Symptome).

Tabelle XV.

Datum 1912	Dosis	Blutdruck mm Hg	Hämoglobin	Anzahl roter Blutkörperchen	Anzahl weißer Blutkörperchen	Neutrophile	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten	Große mononukleäre und Übergangsformen
						in Prozenten				
14. 4.		130	100	4485	8000	75	1	0,5	21	2,5
15. 4.	0,4 g Salvarsan	105	95	4400	10100	79	1	0,5	17	2,5
16. 4.		115	100	4440	7000	74	1,5	0,5	22	2
17. 4.		118	100	4445	8100	75	2	0,5	20	2,5
18. 4.		118	100	4450	7100	73,5	2,5	0,5	21,5	2
19. 4.	0,4 g Salvarsan	115	100	4455	7000	73	3	0,5	21,5	2
20. 4.		115	100	4450	6500	72	3,5	0,5	22,5	1,5
22. 4.		115	100	4455	7100	74	3	0,5	20,5	2
23. 4.	0,4 g Salvarsan	105	100	4400	7500	75	2,5	0,5	20,5	1,5
24. 4.		105	100	4450	7400	76	2	0,5	20,5	1
26. 4.		108	100	4465	8100	75	1,5	0,5	22,5	0,5
27. 4	0,4 g Salvarsan	110	100	4470	9000	73	1	0,5	24	1
28. 4.		105	100	4465	8100	72	0,5	0,5	26	1
30. 4.		108	100	4400	7500	71,5	0,5	0,5	27	0,5
1. 5.	0,4 g Salvarsan	110	100	4455	8900	70	0,5	0,5	28,5	0,5
2. 5.		105	100	4465	9100	69,5	1	0,5	28,5	0,5
5. 5.		108	100	4470	8100	68	0,5	0,5	30,5	0,5
6. 5.	0,4 g Salvarsan	105	100	4465	7900	67	0,5	0,5	32	0.25
7. 5.		108	100	4470	8900	68	0,5	0,5	30,5	0,5
9. 5.		110	100	4465	9000	67	0,5	0,5	31,5	0,5
10. 5.	0,4 g Salvarsan	108	100	4475	7900	66	0,5	0,5	32,5	0,5
11. 5.		110	100	4470	7500	66,5	0,5	0,5	32	0,5

Der Blutdruck sinkt nach der ersten Injektion deutlich herab und steigt während der Behandlung nicht zu seiner ursprünglichen Höhe wieder auf. Der Hämoglobingehalt und die roten Blutkörperchen hauptsächlich unverändert. Die weißen Blutkörperchen insgesamt und die neutrophilen Leukozyten sind nach der ersten Injektion nur unbedeutend vermehrt, nach den übrigen nicht. Die eosinophilen Leukozyten zeigen nach der ersten, zweiten und dritten Injektion eine unbedeutende Vermehrung. Die Lymphozyten nehmen gegen Ende der Behandlung in der Anzahl etwas zu.

Digitized by Google

Zusammenfassung: Nach meinen wiederholten Salvarsan- (resp. Neosalvarsan-) Injektionen habe ich also folgendes gefunden:

1. Der Blutdruck ist nach der ersten Injektion in den meisten Fällen mehr oder weniger herabgesetzt. Nach der zweiten und dritten ist er in einigen Fällen aber weniger als nach der ersten Injektion vermindert. Nach den übrigen Injektionen ist keine Verminderung des Blutdruckes beobachtet. Die Herabsetzung des Blutdruckes besteht gewöhnlich nur 1—3 Tage. In 2 Fällen aber hat diese Herabsetzung während der ganzen Behandlung bestanden. In 1 Falle ist aber der Blutdruck unverändert geblieben und in 2 Fällen ist er nach den Injektionen etwas gestiegen. Die Blutdrucksveränderung scheint mir (wie auch Sieskind und andere hervorgehoben haben) von dem Salvarsan und nicht von der Flüssigkeitsmenge abzuhängen, was der Kontrollversuch mit einfacher Kochsalzlösung im Falle 13 beleuchtet.

2. Der Hämoglobingehalt des Blutes zeigt manchmal nach der ersten Injektion eine unbedeutende (höchstens 10%) Verminderung. Wenn nach der zweiten und dritten Injektion eine Verminderung des Hämoglobingehaltes ab und zu vorgekommen ist, ist diese noch unbedeutender, und nach den übrigen Injektionen ist eine Verminderung des Hämoglobingehaltes nicht beobachtet. Manchmal bleibt auch der Hämoglobingehalt unverändert, und in 3 Fällen mit von Anfang herabgesetztem Hämoglobingehalt ist eine Steigerung des Hämoglobins während der Behandlung nachweisbar gewesen.

3. Die Veränderungen der roten Blutkörperchen nach den Salvarsaninjektionen sind sehr unbedeutend und scheinen übereinstimmend mit den Hämoglobinveränderungen zu verlaufen.

4. Die gesamten weißen Blutkörperchen zeigen (in Übereinstimmung mit den Untersuchungen von Paul Dorn, Schwaer u. a.) in 13 Fällen von meinen 15 eine größere oder geringere Vermehrung. Diese Vermehrung ist doch hauptsächlich nach der ersten, nur ab und zu, aber sehr unbedeutend, nach der zweiten und dritten und nicht nach den letzten beobachtet. Die von Paul Dorn beschriebene Leukopenie habe ich auch in einem Falle (Fall 10) sehen können.

5. Die Prozentzahl der neutrophilen Leukozyten ist (in Übereinstimmung mit den Beobachtungen Paul Dorns) in den meisten Fällen nach der ersten Injektion mehr oder weniger vermehrt. Ab und zu ist auch eine solche Vermehrung, doch geringer, nach der zweiten und dritten Salvarsaninjektion gefunden, aber bei den folgenden Injektionen scheinen die prozentischen Verhältnisse der verschiedenen Arten weißer Blutkörperchen nicht beeinflußt zu werden.

Digitized by Google

Meinem Chef, Herrn Professor Dr. J. Almkvist, sage ich meinen tiefsten Dank für die freundliche Überlassung des Materiales zu diesen Untersuchungen.

Literatur.

Almkvist, J. und Welander, E., Über die Behandlung der Psoriasis mit intravenösen Arsenikinjektionen. Nord. med. Arkiv, 1900, Bd. 11, Nr. 21. — Almkvist, J., Über die Ursachen der Reaktionserscheinungen nach Salvarsaninjektionen. Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 1. — Almkvist, J., Über die Bedeutung des Salvarsans und Neosalvarsans bei der Behandlung der Syphilis. Derm. Wochenschr., 1913, Bd. 56, S. 41. — Besaiss, Blutuntersuchungen bei Kranken, die mit Ehrlich-Hataschem Präparat behandelt werden. Monatsh. f. prakt. Derm., 1911, Bd. 52. — Dorn, Paul, Zum Blutbild bei Lues nach Salvarsaninjektionen. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 111. — Endollimow, Zur Frage der Blutveränderungen bei der Syphilisbehandlung mit dem Präparate 606. Arch. f. Derm., 1911, Bd. 108. — MacKee, Eine Studie über das Blut nach intravenösen Injektionen von Salvarsan. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 112. — Levy-Bing, A., Doréus, L. und Dagny, M., Blutuntersuchungen bei Syphilitischen nach Salvarsanbehandlung. Derm. Wochenschr., 1912, Nr. 27. — Magat, J., Die Veränderungen im Harn und im Blute der mit Salvarsan behandelten Personen. Münch. med. Wochenschr., 1911. — Pawalow, Der Einfluß des Ehrlichschen Salvarsans auf den Stoffwechsel und das Blut des gesunden Organs. Arch. f. Derm., 1911, Bd. 110. — Sieskind, Rich., Das Verhalten des Blutdruckes bei intravenösen Salvarsaninjektionen. Dtsch. med. Wochenschr., 1911. — Schwaer, E., Über die Einwirkung therapeutischer Arsendosen auf die Leukozyten beim Menschen. Arch. f. Derm., 1908. — Schwaer, E., Über die Einwirkung des Salvarsans auf die zelligen Elemente des Blutes. Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 9. — Sawnik, Blutkörperchenbefunde nach 606-Injektionen. Wien. med. Wochenschr., 1912. — Wäwiorowski, Zum Einfluß des Salvarsans auf das Blut der Luetiker. Derm. Wochenschr., 1912, Nr. 17.

Fachzeitschriften.

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie (Przegląd chorób skórnych i wenéryczynch).

1912, Nr. 4—9.

Die Histologie der Urticaria papulosa perstans, von Franciszek Krzysztalowicz. Der Verfasser streift die verschiedenen Urtikariaformen in bezug auf Pathogenese, Verlauf, Rezidive usw., um dann eingehend auf Grund eines persönlich bei einem 21jährigen Eisenschleifer beobachteten Falles die Urticaria papulosa perstans klinisch und histopathologisch zu besprechen. Die 13 Seiten in Oktav enthaltende Arbeit läßt sich nicht kurz referieren; hauptsächlich wird darauf hingewiesen:

Die Krankheit ist vor 10 Monaten ohne Jucken entstanden in Form von braunen Herden, die als Flecken mit braunen Knötchen oder flachen Infiltraten erscheinen. Histologisch erwies sich die Braunfärbung als hervorgerufen durch Pigmentansammlung in der Epidermis, teilweise in der Kutis, die Knötchen durch reichliche Mastzellen. Die Oberfläche der Knötchen war manchmal glatt, manchmal gefaltet durch Bläschen, welche zwischen den Epidermiszellen oder darunter lagen. Die Infiltrate, aus Mastzellen bestehend, scheinen das charakteristische anatomische Merkmal für die Urtikaria

Digitized by Google

abzugeben, wobei diese Mastzellen aus den Bindegewebszellen, hie und da aus dem Perithel der Gefäße zu entstehen scheinen.

Vakzinetherapie (Fortsetzung), von Stenislav Serkosski. Kritisch-statistische und historische Studie, zum kurzen Referate nicht geeignet. Der Verfasser als heißer Anhänger der Vakzinetherapie erwähnt die errungenen Erfolge sowie die unbedeutenden Nebenwirkungen, die durch Fernhaltung von Verunreinigungen der Lymphe zu vermeiden sind. Er verficht die Zwangsimpfung auf Grund der traurigen Erfahrung in Russisch-Polen, wo kein Impfzwang besteht. Dort sind im Jahre 1907 9,2‰ Blatternfälle vorgekommen, und in Warschau allein sind im Jahre 1909 328 Personen, im Jahre 1910 344 an Blattern gestorben. Während z. B. in ganz Galizien mit acht Millionen Bevölkerung im Jahre 1908 227 Blatternfälle vorgekommen sind (darunter geimpfte 167), gestorben 29 (darunter geimpfte 7). Fast alle Epidemien werden nach Galizien aus dem benachbarten Rußland verschleppt.

Beitrag zu den anatomisch-pathologischen Veränderungen der gesunden Haut, durch Schwefelwirkung hervorgerufen, von W. Kopytowski-Warschau. Der Verfasser hat in acht Fällen die Wirkung des Schwefels auf die gesunde Skrotalhaut erprobt und dabei die 10, 25, 50%ige Lac sulfuris-Salbe in Vaselin verwendet, hier und da das reine pulverförmige Lac sulfuris oder zur Hälfte mit Reismehl vermengt. Histologische Untersuchungen erwiesen, daß der Schwefel Entzündungszustände hervorruft, und zwar hauptsächlich in der Papillarschicht sowie in den oberen Teilen der Cutis propria, was an den Gefäßen zu merken war. Eine Hinaufwanderung der Zellen samt Pigment in die Epidermis findet statt. Hand in Hand geht damit eine Produktionssteigerung der Hornzellen, wobei aber die Verhornung unvollständig bleibt. Der Schwefel wirkt auch schwach chemotaktisch.

Die Behandlung des Lupus vulgaris nach der Methode von Herxheimer-Altmann (Salvarsan-Tuberkulin), von Robert Bernhardt-Warschau. Die erwähnte Methode erprobte der Verfasser an sechs Fällen und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die kombinierte Salvarsan-Tuberkulinmethode des Lupus vulgaris gibt die verhältnismäßig besten Erfolge bei den exulzerierten Formen, indem schnelle Vernarbung eintritt.

2. Der Einfluß auf die Lupusinfiltrate ist sehr deutlich; manche verschwinden gänzlich, bei manchen erfolgt teilweise Resorption.

3. Diese Methode ist in die Kategorie der Hilfsmethoden bei Behandlung des Lupus vulgaris einzureihen

4. und soll deshalb mit andern kombiniert werden. —

Die Salvarsandosis betrug 0,30 in vierwöchigen Abständen, das Tuberkulin wurde in großen Dosen und großen Zeitintervallen verwendet.

Der Wert der von Bauer-Hecht vereinfachten Wassermann-Reaktion, von S. Wojciechowski-Warschau. Trotz mancher Mängel kann man dieser Vereinfachung einen bedeutenden Wert nicht absprechen, weil sie nämlich in manchen Luesfällen speziell des späteren Stadiums ein sichereres Ergebnis liefert, und ist daher eine schätzbare Ergänzung der Wassermann-Reaktion.

Über Otitis media blennorrhoica acuta, von Josef Pstrokonski. Der Verfasser erwähnt alle möglichen bisher beschriebenen Komplikationen der Blennorrhoe und die Art und Weise des Zustandekommens, wobei der direkte Kontakt sowie Lymph- und Blutgefäße eine Rolle spielen.

Schließlich beschreibt der Verfasser einen selbst beobachteten Fall einer Otitis media und acuta blennorrhoica bei 18jährigem Mädchen mit Urethritis und Endourethritis cervic. blenn., bei dem unter Fieber von 39,5 ein skarlatiniformes Exanthem erschien, das

Digitized by Google

bald verging. Nach zwei Tagen blaßte die Haut ab, es erschien aber bald Erythema multiforme-ähnliche Eruption. Unter anhaltendem Fieber trat eine Druckempfindlichkeit des rechten Processus mastoideus auf, wobei im äußeren Gehörgange nichts Pathologisches vorgefunden wurde. Dieser Zustand hielt zehn Tage an, bis plötzlich am elften Tage aus dem rechten Ohr dichter Eiter sich entleerte. Die genaue Untersuchung ergab eine Durchlöcherung des Trommelfells und im Eiter gramnegative, teilweise intrazelluläre Diplokokkenhaufen, die mittels Kultur als Neisserssche G. erkannt wurden. Nach einem chirurgischen Eingriff genas die Kranke vollkommen, nur eine Gehörabschwächung blieb zurück. Der Verfasser kommt zum Schlusse, daß diese seltene Komplikation nur durch Metastase zustande kam.

Ein Fall von Cutis verticis gyrata (Jadassohn-Unna), von Albin Racinowski. Auf Grund eines von ihm beobachteten Falles und histologischer Untersuchung behauptet der Verfasser entgegen der Annahme Jadassohns, daß es sich bei diesen Zuständen um einen Entzündungsprozeß handelt von eminent chronischem Charakter, mit einer Lokalisation in den tieferen Kutisschichten, dessen Endprodukt die sklerotischen Veränderungen der Kutis bilden. Der Fall betraf einen jungen Mann mit Keratitis parenchymatosa hereditaria und Otitis labyrinthica. Die spezifische Behandlung hatte auf das Vertexleiden keinen Einfluß. Gegen die obige Behauptung spricht auch nicht der Mangel eines solchen Entzündungsprozesses im Falle Veress und Vörner, da der Prozeß zur Zeit der Untersuchung bereits abgelaufen sein konnte.

Über Erysipel-Behandlung, von Leo Wernic. I. Auf Grund von 2000 Beobachtungen unterscheidet der Verfasser 1. ein allgemeines resp. ein wanderndes Erysipel, 2. ein lokalisiertes, 3. ein Rezidiverysipel.

II. Am häufigsten kommt das lokalisierte Erysipel (85%), am seltensten das Rezidiverysipel (5%) vor.

III. Die häufigste Lokalisation bildet das Gesicht, die seltenste der Stamm.

IV. In bezug auf die Behandlung steht am ersten Platze das Kollargol, am zweiten das Antidiphtherieserum. Nebenbei haben eminenten Wert: 10%iges Ichthyolkollodium am Stamme, 5%ige Chlorkalksalbe (Calcaria chlorata) am Kopfe und Gesicht, Borsalbe auf eiternde Stellen. Innerlich Kampher, Chinin, Koffein und Wein.

Beim rezidivierenden Erysipel bewährt sich in erster Reihe die Vakzinebehandlung gleichwertig mit den Einspritzungen sterilen Terpentinöls, wobei die Behandlung der Eingangspforte mit leichten Desinfizientien nicht zu vernachlässigen ist.

Unter den Lokalmitteln, die am intensivsten die Krankheitsdauer abkürzen, steht in erster Reihe die Chlorkalksalbe, schwächer wirkt Jodtinktur.

Neosalvarsan und Salvarsan, von Feliks Malinowski. Verfasser hat über 100 Fälle mit Neosalvarsan behandelt, und zwar hauptsächlich intravenös, nur in acht Fällen intramuskulär in Dosen 0,60—0,75 bei Frauen, 0,75—0,90 bei Männern in 20—25 ccm 0,4%iger physiologischer NaCl pro jede 0,15 Neosalvarsan gelöst und kommt zum folgenden Schlusse: Das Neosalvarsan übertrifft bedeutend das Salvarsan in bezug auf technische Bequemlichkeit und teilweise bezüglich der Nebenwirkungen, wirkt aber schwächer auf die Krankheitserscheinungen, scheint also nicht imstande zu sein, das Salvarsan gänzlich zu vertreten. Dr. Henryk Rosmarin-Lemberg.

Zeitschrift für Urologie.

Band 7, Heft 3, 1913.

Beitrag zum Studium der Harnröhrenerkrankungen, von E. Roucayrol-Paris. Ein veraltete chronische Harnröhrenentzündung kann einen Gonokokkus im Zustand verlangsamten Lebens einschließen, trotzdem die bakteriologischen Untersuchungen des Aus-

Digitized by Google

flusses keine Spur dessen enthielten. Diese Gonokokken mit verlangsamtem Leben sind fähig, unter dem Einflusse unvorhergesehener Ursachen ihr Erwecken zu äußern und Komplikationen an verschiedenen Punkten des Organismus hervorzurufen. Eine zu intensive lokale Behandlung kann sehr unangenehme Folgen für den Organismus im allgemeinen haben. Die Vakzinebehandlung kann den Giftstoff im Organismus wirkungslos machen oder vernichten.

Ein Fall von Syphilis der Blase, von R. Pieser-Budapest. An der Innenseite des rechten Ureterwulstes im zystoskopischen Bilde eine Erhöhung in der Größe eines Einkronenstückes, die von einem schmalen, noch livid-rötlich verfärbten Saum umgeben ist. Die Oberfläche der Erhebung ist gelblich mit einem Stich ins Rötliche. In der Mitte eine von dichtem weißen Schorf bedeckte Vertiefung. Die Diagnose einer Blasensyphilis wird bestätigt durch die syphilitische Anamnese und das Resultat der spezifischen Therapie trotz negativer Wassermannscher Reaktion.

Über Pneumaturie und scheinbares Aufhören der Glykosurie bei blasenkranken Diabetikern, von Teschemacher-Neuenahr. Verfasser beobachtete einen Fall eines blasenkranken Diabetikers, bei dem der Zuckergehalt während des Katarrhs fast vollständig verschwand. Die Analyse legte die Annahme nahe, daß der Zucker schon in der Blase eine Zersetzung durchgemacht hatte. Mit der Gesundung der Blase hörte das Luftpissen auf und die Zuckerausscheidung stieg. Bei strenger Diät bewegte sich der Zuckergehalt in mäßigen Grenzen. Die Pneumaturie bei blasenkranken Diabetikern ist ein seltenes Vorkommnis. Chrzelitzer-Posen.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band 14, Heft 5.

Abiturientenvorträge für Sekundaner, von Max Flesch-Frankfurt a. M. Für die mit dem Einjährigenzeugnis abgehenden Schüler ist eine Belehrung des wilden Geschlechtsverkehrs ebenso nötig als für die Abiturienten. Der für das reifere Alter der Abiturienten bestimmte, beschreibend biologische Vortrag paßt aber nicht für die jugendlicheren Gemüter der Sekundaner. Daher schlägt Flesch vor, wie er es selbst in Frankfurt ausgeführt hat, den aufklärenden Vortrag auf ein historisch entwicklungsgeschichtliches Vorgehen aufzubauen.

Index bibliographicus der sexualhygienischen Literatur, von Fritz Loeb-München. Schourp-Danzig.

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band 11, Nr. 1 und 2.

Unsere sexualpädagogische Aktion, von Martin Chotzen-Breslau. Zusammenfassender Bericht über die sexualpädagogische Tätigkeit der D. G. B. G. und ihrer einzelnen Ortsgruppen.

Ein sexualpädagogischer Elternabend, von O. Reissert-Breslau. R. betont die Notwendigkeit der Sexualpädagogik und sucht festzulegen, was von der Schule hierin zu leisten ist.

Ein Merkblatt der schlesischen Ärztekammer, Merkblatt zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten, entworfen von Bloch-Beuthen.

Eine neue Auslegung des § 184 Abs. 3, von Julian Markuse. Ein Kaufmann wurde zu einer Geldstrafe verurteilt, weil er in einer Preisliste Stärkungsmittel gegen Mannesschwäche empfahl. Schourp-Danzig.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluß der wichtigsten venerischen Erkrankungen, von E. Jacobi-Freiburg i. B. (Verlag Urban und Schwarzenberg, Wien-Berlin 1913. 5. Auflage.) Die Tatsache, daß Jacobi acht Jahre nach Vollendung der ersten Auflage bereits eine fünfte erscheinen lassen konnte, beweist, daß ein Werk wie das vorliegende eine sehr willkommene Ergänzung der Lehrmittel für Ärzte wie Studierende ist. Dazu kommt, daß der Atlas mit seinen 266 farbigen und 2 schwarzen Abbildungen auf 161 Tafeln einen für ein solch mühevolles und umfangreiches Werk recht mäßigen Preis hat. Es ist natürlich, daß sich der Verfasser mit dem erläuternden Text gewisse Beschränkungen auferlegen mußte, um das Werk nicht zu voluminös und zu teuer zu gestalten. Die Hauptvorzüge der guten Abbildungen nach der Albertschen Methode sind in den Besprechungen der früheren Auflagen bereits ausführlich gewürdigt worden, und es wäre von dieser fünften Auflage besonders hervorzuheben, daß Jacobi sich die Mühe genommen hat, eine Reihe von neuen Bildern aufzunehmen, wie zum Beispiel die Rubeola — wenn es auch strittig sein kann, ob die Gruppe der sogenannten Kinderkrankheiten, wie Skarlatina, Morbilli, Rubeola, in ein dermatologisches Lehrbuch gehören —, und ferner solche Krankheitsbilder neu bringt, die, wie die Pellagra, Sporotrichosis und andere, dem Praktiker häufiger als man denkt vor Augen kommen, und deren Kenntnis gerade in den letzten Jahren sich sehr erweitert hat.

Über die technischen Schwierigkeiten, mit denen Jacobi zu kämpfen hatte, um die älteren, schon etwas abgenützten Klischees in der früheren Vollendung verwenden zu können, sowie die Vergrößerung einzelner der bisherigen Abbildungen möchte ich mich nicht weiter ausbreiten, sondern neben dem sehr vielen vortrefflich Gelungenen besonders hervorheben die guten Reproduktionen der Mundschleimhaut-Erkrankungen und die zahlreichen Syphilisbilder.

Im Gegensatz zu der Methode des eben erschienenen Ehrmannschen Atlas, in dem die sich ähnelnden Krankheitsbilder der verschiedenen Affektionen nebeneinander geordnet sind, hat Jacobi an seinem Prinzip festgehalten, möglichst viele verschiedenartige Bilder derselben Krankheit nebeneinander darzustellen.

Lasch-Breslau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Ersatz der exstirpierten Harnblase durch das Zökum, von P. Lengemann-Bremen. (Centralbl. f. Chir., 1912, Nr. 50.) Beschreibung einer Operationstechnik, um bei Blasenektopie, Schrumpfblase und Karzinom die exstirpierte Blase durch Zökum zu ersetzen. A. Gunsett-Straßburg.

Resultate bei der Behandlung von Blasentumoren, von E. S. Judd-Rochester, Min. (Journ. amer. med. assoc., 16. Novemb. 1912.) Bericht über 114 beobachtete primäre Blasentumoren, die Verfasser in benigne und maligne einteilt; zu den malignen rechnet er auch die Papillome. 38 Patienten wurden wegen inoperabler Tumoren nicht operiert; bei 30 Patienten wurde die transperitoneale, bei 33 die suprapubische Operation

Digitized by Google

ausgeführt. Der Hochfrequenzstrom wurde in 17 Fällen angewandt; der hiermit behandelte, am längsten beobachtete Patient zeigte 15 Monate später kein Rezidiv. Zottentumoren mit kleinen Stielen sind die günstigsten Objekte für die Behandlung mit Hochfrequenzströmen. Bei der Neigung zu Rezidiven kontrolliert Verfasser mit dem Zystoskop die Patienten mindestens zwei Jahre lang nach der Operation in Zwischenräumen von 3—6 Monaten. Rezidive werden auf diese Weise frühzeitig der Behandlung mit dem Hochfrequenzstrom zugeführt. Die Erfolge auf dem Gebiet der Blasentumoren sind abhängig von der Frühdiagnose und der hierdurch ermöglichten Frühoperation.

Fendt-Wiesbaden.

Ein Fall von Papillom der Blase durch Zystoskopie diagnostiziert und auf suprapubischem Wege exstirpiert, von Carlos Negrete. (Rev. american. ciencios med., Band 29, Januar 1913.) Kasuistischer Beitrag. A. Gunsett-Straßburg.

Die Behandlung papillomatöser Tumoren der Harnblase mit dem Hochfrequenzstrom (Oudin), von Edwin Beer-New York. (Journ. amer. med. assoc., 16. Nov. 1912.) Verf. hat eine Umfrage über die Erfahrungen, die andere Ärzte mit der neuen Methode gemacht haben, veranstaltet. Die meisten Antworten waren enthusiastisch günstig. 183 Fälle von intravesikalen Papillomen und 20 von solchen der Urethra wurden behandelt. Die von Beer angegebene Original-Kupferelektrode scheint wirksamer zu arbeiten als die gegenwärtig im Handel befindliche Stahlelektrode. Das bei der Behandlung in der Blase entstehende Gas ist wahrscheinlich Wasserstoffgas. Am hartnäckigsten widerstehen dem Hochfrequenzstrom die mit schwerer Zystitis auftretenden Papillome. Bewiesen ist, daß nichtmaligne Tumoren durch diese Behandlung geheilt werden können. Die Art des Tumors muß vor dem Eingriff durch die mikroskopische Untersuchung eines kleinen Probestückchens festgestellt worden. Maligne Tumoren sind von der Behandlung mit Hochfrequenzströmen auszuschließen. Fendt-Wiesbaden.

Die Hochfrequenzbehandlung der Blasentumoren mittels Elektrokoagulation, von R. Kutner-Berlin. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1912, Nr. 24.) Gegenüber Beer-New York, der mit einem Oudinhochfrequenzapparat Blasenpapillome zerstört, weißt K. auf die grundsätzlichen Unterschiede seines Verfahrens hin. Er verwendet einen Thermopenetrationsapparat, welcher erhebliche Vorzüge vor dem Oudinapparat besitzt. Es kommt bei den geringen Spannungen weder beim Arzt noch dem Patienten zu faradischen Zuckungen, nicht zu Kurzschluß, auch ist bei der nicht so rapiden Wirkung wie beim Oudinapparat die Gefahr einer Verletzung der Blasenwand sehr gering. Außerdem werde das Verfahren bei Verwendung seines Operationszystoskops verhältnismäßig einfach, da alle Vorgänge gut mit dem Auge kontrolliert werden können. Zur Blasenfüllung benutzt er im Gegensatz zu dem destillierten Wasser Beers Kochsalz- oder Borlösung. Beschleunigung ist zu erreichen durch die Kombination der Koagulation mit nachfolgender Abtragung der verschorften Gewebe durch die galvanokaustische Schlinge.

H. Lautsch-Graudenz.

Die Behandlung endovesikaler Tumoren mit auf zystoskopischem Wege angewendeten Hochfrequenzströmen, von Bertolotti-Turin und Ferria-Turin. (Arch. f. phys. Med. und phys. Technik, Band 7, Heft 2.) Die Verfasser verwandten folgende Technik: Der Kupferdraht, der Träger des Funkens, kommt, nachdem er in Vaseline getaucht ist, in einen gut isolierenden Katheter; das Ende des Metallfadens, welches die Hülle überragt, muß sehr kurz sein, höchstens ein halbes Millimeter, und man muß für völlige Gleichmäßigkeit der Durchtrennungsstelle Sorge tragen. Die so vorbereitete Elektrode wird in das Zystoskop nach Nitze eingeführt und an ihrem äußeren Ende mit der Hochfrequenzquelle verbunden. Dann wird das vordere Ende in die Nähe des Tumors in der mit 1 : 4000 Oxyzyanürlösung gefüllte Blase gebracht. Als Stromquelle

Digitized by Google

wurde ein großer Gaiffescher Hochfrequenzapparat benutzt, der erlaubt, 12—15 Ampere Strom hindurchzuschicken. Die Länge des Funkens war nie geringer als 2 cm. Die Operation ist sozusagen schmerzlos. Kleine Papillome können in 1—2 Sitzungen entfernt werden. A. Gunsett-Straßburg.

Bedeutung der epidermoidalen Entwicklung bei einigen Blasenkrebsen, von Aldo Bolaffi. (Lo Sperimentale, Januar 1913, Bd. 66, Heft 6.) Der Verfasser glaubt, daß die Epidermoidalkrebse der Blase ihre Entstehung einem meta- oder prosoplastischen Prozeß verdanken, welcher im Parenchym des Tumors Platz greift. Er teilt zwei histologische Befunde von Blasentumoren mit, welche an der Oberfläche epidermoidale Struktur zeigten, in der Tiefe aber den banalen Aspekt des Alveolarkrebses darboten.

A. Gunsett-Straßburg.

Karzinom der Blase, von R. F. O'Neil-Boston. (Journ. amer. med. assoc., 16. November 1912.) Abhandlung über die Pathologie, Symptome, Diagnose und Therapie des Blasenkarzinoms. Von den operativen Methoden ist die transperitoneale Methode vorzuziehen; hierbei betrug die Mortalität in der Mayoschen Klinik bei 29 Patienten 3 %. Je früher die Diagnose gestellt wird, desto besser werden die Operationsresultate sein. Besonders wichtig für die Frühdiagnose sind anscheinend ohne Ursache auftretende Hämaturien, die zystoskopische Untersuchung erforderlich machen.

Fendt-Wiesbaden.

Blasenkomplikationen bei Appendizitis, von Ch. Caillet. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

b. Hoden- und Samenbläschen.

Einige Ursachen der Sterilität und Impotenz beim Mann, von William T. Belfield-Chicago. (Journ. amer. med. assoc., 19. Oktober 1912.) Die interessante Arbeit eignet sich leider nicht zum Referat. Hervorgehoben mag nur werden, daß trotz vorhandener Potestas coeundi die Spermatogenese durch die verschiedensten Ursachen gelitten haben kann. Die Therapie der Kinderlosigkeit sollte daher nicht bei der Frau mit der Kürettage, sondern mit der mikroskopischen Untersuchung des Semen beginnen.

Fendt-Wiesbaden.

Über Kryptorchismus, von Hermann Schöppler-München. (Centralbl. f. allg. Pathol., Bd. 23, Nr. 17.) Bei einem 39jährigen, an allgemeiner chronischer verkäsender Tuberkulose der Lungen und Drüsen und einer diffusen Bauchfelltuberkulose verstorbenen Manne fand sich als Nebenbefund die Verlagerung beider Hoden in die Bauchhöhle. Es handelte sich um eine Retentio testis am inneren Leistenringe. Eine starke Atrophie, wie sie von manchen Beobachtern angegeben wird, war durchaus nicht vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung zeigte keine Vermehrung der Zwischenzellen, die vorhanden sein kann, aber nicht muß. Spermatozoen konnten nicht aufgefunden werden, doch sind Fälle bekannt, bei denen die Funktion der Hoden nicht aufgehoben war. Bei Lebzeiten des Patienten sollen Beschwerden durch die Leistenhoden nicht verursacht worden sein. Fendt-Wiesbaden.

Über Ektopia testis perinealis, von W. Gundermann-Düsseldorf. (Beitr. z. klin. Chir., 1912, Bd. 82, Heft 1.) Der Verfasser betont das seltene Vorkommen der Ektopia testis im Gegensatz zu der häufigen Retentio testis — dem Kryptorchismus. Für eine richtige Ektopia testis, d. h. Lageveränderung des Hodens, sind zwei Bedingungen charakteristisch: 1. der Hoden muß die Bauchhöhle resp. den Leistenkanal verlassen haben und 2. an einer Stelle liegen, wo er im ganzen Verlaufe des normalen Deszensus nie gefunden wird. Unter der Lageveränderung sind nun zwei Arten zu unterscheiden: 1. die Ektopia cruralis, bei welcher der Hoden irgendwo am Ober-

Digitized by Google

schenkel palpabel ist; 2. die Ectopia inguinalis. Von den Varietäten der letzteren bespricht der Verfasser auf Grund eines ausführlich geschilderten Falles nur die Ektopia perinealis, bei der der Hoden seitlich von der Rhaphe perinei liegt, in der Nähe des Sitzknorrens, und sich nicht in das Skrotum hineinschieben läßt. Im Anschluß an den von ihm beobachteten Fall, in dem neben der Ektopie eine Hernie bestand, was häufig vorkommt, aber keineswegs Bedingung ist, bespricht GUNDERMANN nach ausführlicher Schilderung der Operation eingehend die Genese und die entwicklungsgeschichtlichen Theorien.

Familiäre Disposition scheint bei diesen Fällen eine Rolle zu spielen. Für die übrigen Ausführungen sei auf das Original verwiesen. Lasch-Breslau.

Krebs des verlagerten Hodens, von J. B. FOLACCI. (Thèse de Bordeaux, 1911.) Fritz Loeb-München.

Die angebliche Orchitis par effort vor der Pathologie, der Klinik und dem Unfallgesetz, von ANTONIO DE CORTES-Bergamo. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 120, H. 3—4, Januar 1913.) In einem sehr interessanten Aufsatz bespricht der Verfasser die so häufig erörterte Frage einer Orchitis par effort. Er kommt zu dem wohl jetzt allgemein anerkannten Schlusse, daß es eine wahre Orchitis infolge Anstrengung nicht gibt. Nur zwei Erscheinungen in dem von Gegnern und Anhängern beschriebenen Bilde einer Orchitis par effort sind konstant: der höchst akute unmittelbare Schmerz und die verschiedengradige Anschwellung. Dagegen fehlt eines der Hauptsymptome der akuten Entzündungen überhaupt und der des Hodens im besonderen, und zwar die Temperatursteigerung. Der Schmerz selbst schwächt sich bald ab und wird erträglich — später wird das Hindernis mehr durch das Volumen als durch übermäßige Empfindlichkeit des Organs gebildet. Die Palpation ist nicht besonders schmerzhaft. Das Volumen erreicht bedeutend größere Grenzen als bei einer wahren Orchitis. Der Ausgang ist konstant, die Heilung mit Restitutio ad integrum. Diese schmerzhafte Anschwellung ist keine einheitliche pathologisch-anatomische Entität, sondern ihre Grundlage ist in venösen Stauungen und hämorrhagischen Erscheinungen zu suchen. Sollten dann sichere Zeichen einer Entzündung gefunden werden, so läßt sich dies dadurch erklären, daß sich auf dem äußerst günstigen Boden eines Ergusses oder eines passiv kongesten Organs Keime ansiedeln, die zu einer echten Entzündung führen. Nicht zu vergessen wäre — falls wirklich eine wahre Orchitis auftritt — eine andere ätiologische Ursache, wie Tuberkulose — urethraler Infektion —, Tumoren verschiedener Art usw. Es bleibt ausgeschlossen, daß die Anstrengung für sich allein für den Hoden ein entzündungserregendes Vermögen haben könnte, und infolgedessen bleibt auch von dem forensischen Gebiet wie von dem klinischen die Vorstellung einer Orchitis infolge Anstrengung ausgeschlossen. W. Chrzelitzer-Posen.

Weiteres zur Resektion des Hodens, von VALENTINO BARNABO. (Policlinico 1912, Nr. 12.) Der Verfasser versuchte die intensive entzündliche Reaktion mit nachfolgender Sklerose und Atrophie, die man bei der Ausführung der Hodenresektion mittels des Thermokauters erhält, durch Anwendung der Silberschlinge zu vermeiden, was ihm aber nicht gelang. Er widerrät übrigens im allgemeinen diese Operation, da einem derartig operierten Hoden nicht nur die äußere, sondern auch die innere Sekretion verloren geht. A. Gunsett-Straßburg.

Radikaloperation bei maligner Erkrankung des Hodens, von S. PRINGLE-Dublin. (Lancet, 4. Jan. 1913.) Die Forderung der Exstirpation des ganzen zum Hoden gehörigen Lymphdrüsensystems bei malignen Neubildungen ist bisher, wie P. aus der Literatur entnimmt, nur 13mal ausgeführt worden. Bei einem großen Hodentumor (der am exstirpierten Präparate als Mischform diagnostiziert wurde) hat er vor etwa

Digitized by Google

acht Monaten in der Weise operiert, daß er den erkrankten Hoden mitsamt dem Funikulus, Leistenlymphdrüsen, Samengang und Lymphdrüsen der Lendenregion bis zur Höhe der Nierenvenen an der Aorta in einem Stück lostrennte. Die Operation dauerte $1^1/_4$ Stunden, bot aber eigentlich nicht ungewöhnliche Schwierigkeiten dar und verursachte nur wenig Blutverlust. Patient ist bisher rezidivfrei geblieben.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Orchitis et Epididymitis parotidea bei einem Säugling, von Ludwig Manasse-Berlin. (Dtsch. med. Presse, 1912, Nr. 17.) Verfasser berichtet über einen atypischen Fall bei einem sechs Monate alten Säugling, dem plötzlich die rechte Hodenhälfte angeschwollen war. Über die Ursache dieser Erkrankung war er sich nicht klar, bis er schließlich durch den Hausarzt auf eine Mumpsendemie aufmerksam gemacht wurde, die vorher in dem Hause geherrscht hatte. Über den Zusammenhang dieser Erkrankungsorgane der Parotis und Hoden ist man sich nicht einig; man kommt der Wahrheit am nächsten, wenn man annimmt, daß vom Munde aus die Infektionskeime sehr schnell ins Blut gelangen, dabei in erster Linie die Parotis infizieren. Mit dem Blut gelangen die Keime in die Hoden und gelegentlich auch in die übrigen Organe des Körpers.

W. Chrzelitzer-Posen.

Chirurgische Behandlung der Tuberkulose des Nebenhodens mit Konservierung der Hodenfunktion, von Pedro Cifuentes. (Rev. clin. Madrid, 1912, Nr. 24.) Mitteilung von elf Fällen, bei welchen nach Resektion des Nebenhodens eine Anastomose zwischen Vas deferens und restierendem Nebenhodenstück mit gutem Erfolg gemacht wurde.

A. Gunsett-Straßburg.

Erfahrungen mit der von Nilson angegebenen Modifikation der Narathschen Varikozelenoperation, von Wilhelm Wolf-Leipzig. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 41.) Verfasser schildert acht Fälle von nach Narath-Nilson operierten Varikozelen, die Beschwerden machten. Die Operation ist in allen Fällen als gelungen zu bezeichnen; sämtliche Patienten waren nach der Operation beschwerdefrei.

Die Operation besteht in möglichst hoher doppelter Unterbindung und Durchtrennung der erweiterten Vene, so daß der zentrale Stumpf in die Bauchhöhle zurückschlüpft. Der lange peripherische Venenstumpf wird als Aufhängeband für den Testis benutzt, indem er durch ein „Knopfloch" hindurchgezogen wird, das gebildet wird durch Durchbohrung des Obliquus internus bzw. seiner Aponeurose. Der peripherische Venenstumpf wird durch Knotung im Knopfloch befestigt, nachdem der Hoden an diesem Aufhängeband so weit hochgezogen wurde, bis man ihn an der Vorderseite der Symphyse palpieren kann. Vernähung nach Bassini.

Franz-Dresden.

Eitrige Funikulitis, von Schumacher. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1913, Heft 1.) Verfasser berichtet über eine Operation einer eitrigen Funikulitis, deren Ursache ihm unbekannt blieb.

W. Chrzelitzer-Posen.

Intravaginale Torsion des Samenstranges, von G. Cotte. (Lyon méd., 1912, Nr. 49.) Ein junger Mann, der vor zwei Jahren wegen linksseitiger Hodenektopie operiert worden war, wurde plötzlich von heftigen, mit ileusartigen Erscheinungen einhergehenden Schmerzen im linken Hoden und in der linken Leiste befallen. Das Skrotum schwoll enorm an; allein alle Symptome gaben sich bald. Verf. nahm eine retorquierte Torsion des Samenstranges an; er ging operativ ein und fand einen völlig frei beweglichen Hoden, den er befestigte.

Richard Frühwald-Leipzig.

Der Samenblasenschnitt; sein Zweck und seine Ausführung, von Eugen Fuller-New York. (Journ. amer. med. assoc., 30. Nov. 1912.) Das chirurgische Prinzip der Samenblasenschnittoperation ist das der Dränage. Es handelt sich also nicht um die Entfernung der Samenblasen, das Organ wird nicht zerstört, sondern wiederherge-

Digitized by Google

stellt und erhalten. Die häufigste Indikation zur Operation geben Abszesse der Samenblasen im Gefolge der Blennorrhöe. Die Erfolge sind recht zufriedenstellend, besonders bei auf Erkrankung der Samenblasen beruhendem Tripperrheumatismus. Verfasser hat in 254 Fällen den Samenblasenschnitt ohne jeglichen Todesfall ausgeführt; das Operationsrisiko ist also gering. Die postoperativen Beschwerden sind nicht bedeutend.

Fendt-Wiesbaden.

Ist die chirurgische Behandlung der inguinalen Hoden-Ektopie ohne Orthopexie möglich? von Paul d'Halluin. (Thèse de Paris 1912.) Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis der Behandlung des Hodenkrebses, von C. O. Mascarenhas. (Thèse de Paris 1912.) Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis der Zysten des Spermaticus. (Allgemeine Übersicht), von Georges Wallimann. (Thèse de Paris 1911.) Fritz Loeb-München.

c. Prostata.

Über Atonie der Prostata, von Max Marcuse-Berlin. (Med. Klinik 1912. Nr. 45.) Die Prostataatonie ist nach Marcuse nicht selten und spielt in der Urosexualpathologie eine große Rolle, die aber bisher meist übersehen worden ist; am häufigsten fand der Verfasser die Erkrankung im Beginn des dritten und sechsten Lebensdezenniums. Die Diagnose muß durch Palpation gestellt werden, bei der man an Stelle der ziemlich festen, derb elastischen Prostata etwas wie einen schlaffen leeren Beutel oder nur eine flache, lockere Vorwölbung fühlt, die ohne deutliche Abgrenzung ins Nachbargewebe übergeht. Diese Veränderungen können das ganze Organ betreffen, oder sich nur auf einen Teil beschränken; die Empfindlichkeit der atonischen Prostata ist geringer als die der normalen.

Während das Sekret der normalen Prostata, die bei Spermatorrhöe wenig und träge beweglichen Samenzellen zu beleben imstande ist, vermag das Sekret der atonischen Drüse das nicht oder nur in sehr geringem Maße (oft weniger als physiologische Kochsalzlösung).

Pathologisch-anatomische Untersuchungen, die uns aufklären könnten, ob das Muskel- oder Drüsengewebe, oder beide gleichmäßig an der Atonie beteiligt sind, liegen nicht vor. Die atonische Prostata kann größer oder kleiner sein als normal, das Charakteristische ist eben die Atonie, und zufolge der oft fehlenden Vergrößerung wird die Erkrankung oft übersehen, und unausgeheilte Blennorrhoiker mit dem Vermerk: „Prostata klein und weich" zu Unrecht als geheilt entlassen.

Die häufigsten Symptome der Prostataatonie — das Harnträufeln, und das sogenannte Nachspritzen des Urins — deuten auf eine Schwäche des Sphincter vesicae hin und der Verfasser glaubt hieraus auf einen Zusammenhang der Enuresis nocturna mit der Prostataatonie schließen zu können, und meint, daß die größte Zahl der an Prostataatonie leidenden Männer in der Jugend Bettnässer gewesen sind, ebenso wie er an einen anatomisch physiologischen Znsammenhang zwischen Enuresis nocturna und Pollutionen glaubt, und für diese beiden Vorgänge die Prostataatonie für ein entscheidendes Moment hält. Auch der physio-psychische Mechanismus scheint dem Verfasser bei der Enuresis und den Pollutionen, wenn nicht identisch, so doch sehr ähnlich zu sein; da nach seiner Beobachtung in den meisten Fällen Träume eine große Rolle spielen.

Die Prostataatonie ist oft die Folge einer blennorrhoischen Prostatitis (man findet dann im exprimierten Sekret oft Eiter und Gonokokken) doch kann dieselbe auch wohl angeboren sein; sie macht, abgesehen von der Enuresis nocturna, die der Verfasser beinah für ein klassisches Symptom hält, und im schon erwähnten Harnträufeln und Nach-

Digitized by Google

spritzen des Urins, besonders bei älteren Männern Erscheinungen, die denen der Prostatahypertrophie analog sein können. Markus deutet sich diesen anscheinenden Widerspruch, daß Atonie und Hypertrophie desselben Organs gleichartige Beschwerden hervorrufen, durch die innersekretorischen Vorgänge in der Drüse (analog dem Myxödem und dem Morbus Basedowi); er hat die Fälle besonders in dem Lebensabschnitt gesehen, den er als „Klimakterium virile" bezeichnet, und betrachtet die Prostataatonie als ein Glied der Kette des ganzen Rückbildungsprozesses des Organismus. Interessant ist seine Feststellung, daß Prostataatoniker ebenso frei sind von Arteriosklerose wie die Hypertrophiker fast regelmäßig von ihr befallen sind.

Es folgt dann die Erörterung über die bisher noch ungeklärten Fragen über den ursächlichen Zusammenhang von Prostataatonie einerseits und Masturbation, libidinösen Urethrorrhöen, Spermatorrhöen und Pollutionen andererseits, und ob in diesen Fällen die Prostataatonie das Primäre oder Sekundäre ist, resp. ob es sich nicht um einen Circulus vitiosus handelt — Fragen, mit deren Bearbeitung der Verfasser noch beschäftigt ist.

Therapeutisch glaubt Markus bei der Prostataatonie außer wo sie ein Rückbildungssymptom des alternden Organismus ist, viel erreichen zu können, und zwar ohne operativen Eingriff: mit Elektrotherapie, Massage, Kälte- und Wärmeapplikation eventuell Organotherapie. Bei blennorrhoischer Prostataatonie bevorzugt Markus an Stelle des Spritzens mit wässerigen Lösungen jetzt die von Beyersdorf in den Handel gebrachten: Gonostyli, denen die Fehler der sonstigen Salbensonden nicht anhaften.

Die Prognose ist im allgemeinen nicht ungünstig zu stellen. Lasch-Breslau.

Akuter nicht blennorrhoischer Abszeß der Prostata, von G. Morelli-Urbino. (Riv. ospedal. 1913, Nr. 3.) Bei einem 27jährigen Bauer, der angeblich nie an Geschlechtskrankheiten gelitten hatte, entwickelten sich plötzlich heftige lanzinierende Schmerzen in der Perinealgegend, begleitet von Stuhlverstopfung, erschwerter und schmerzhafter Miktion, trübem Harn, Fieber, belegter Zunge, Appetitlosigkeit. Die Harnröhrenöffnung war etwas gerötet: aus der Harnröhre konnte man weder Schleim noch Eiter auspressen; die Palpation der Perinealgegend rief starke Schmerzen hervor; bei der äußerst schmerzhaft empfundenen Rektalexploration fühlte man in der Gegend der Prostata eine große fluktierende Geschwulst. Im Harnsediment: zahlreiche Leuko- und einzelne Erythrozythen, einzelne Blasenzellen, Bakterien. Operativer Eingriff: perineale Inzision; aus der Prostata wurde eine große Menge Eiter entleert, in welchem keine Gonokokken, sondern Streptokokken nachweisbar waren. H. Rühl-Turin.

Adenomatöse Hyperplasie der Prostata, von V. C. Pedersen-New York. (Med. Record, 28. Dezember 1912.) Einem 50jährigen Patienten wurde auf perinealem Wege die vergrößerte Prostata entfernt und, nachdem alles gut gegangen war, drei Wochen später verschiedene, sehr enge Strikturen der Harnröhre in Narkose operativ dilatiert. Bei dem Patienten entwickelte sich kurze Zeit danach eine chronische Pyonephrose mit Steinen in der Niere, im Harnleiter und in der Blase. Verfasser ist geneigt, die Erkrankung als eine Konsequenz des operativen Vorgehens aufzufassen; kann aber nicht angeben, ob schon vor der Operation die einen oder anderen Veränderungen an den Nieren vorhanden gewesen sind, da Untersuchungen hierauf nicht vorgenommen wurden. Der Fall beweist die Notwendigkeit genauer Untersuchung auf Nierenfunktion vor jeder Prostatektomie, wie sie von anderer Seite und aus anderen Gründen (Mortalität) heute gefordert wird. W. Lehmann-Stettin.

Über die Ätiologie der Prostatahypertrophie, von G. Cuttat. (Rev. méd. Suisse romand., 1912, Nr. 10.) Der Verfasser hatte Gelegenheit, elf Fälle von Prostatahypertrophie pathologisch-anatomisch zu untersuchen. Auf Grund dieser Untersuchungen glaubt er nicht, daß man einen infektiösen Ursprung derselben annehmen kann, welche

Digitized by Google

in eine chronische Entzündung übergeht. Sie gehört auch nicht eigentlich ins Kapitel der Geschwülste. Sie ist eine wahre fibro-epitheliale Degeneration, welche in der Struma und den fibro-epithelialen Geschwülsten der Brustdrüse ihr Analogon hat. Das Drüsengewebe und das Stroma sind in ungefähr gleicher Weise an der Volumenvermehrung beteiligt. A. Gunsett-Straßburg.

Einfache perineale Ausschälung der Prostata, von J. M. White-Meridian-Miss. (New York, med. journ., 14. Dez. 1912.) W. möchte die Prostatektomie möglichst einfach gestalten, alle komplizierten Instrumente zum Fassen und Entfernen der Drüse und vor allem auch den Blasenschnitt vermieden wissen. Seine Methode erfordert nur zwei bis drei Instrumente, ein Messer und eine Blasensonde. Nachdem letztere eingeführt ist, wird eine mediane Inzision, $^1/_4$ Zoll vom Anus entfernt bis nahe zum Hoden durch Haut und Faszie ausgeführt, dann die Prostata angeschnitten, das Messer zurückgezogen und die Hand des Operateurs, mit sterilisiertem Glyzerin oder Vaselin wohl eingefettet, resp. zwei Finger derselben werden nun in die Wunde eingeführt, um diese möglichst zu erweitern. Nun wird, geleitet durch die Finger, wieder ein Messer eingeführt und zwei Inzisionen durch die Kapsel gemacht, dann die Prostata manuell entfernt (zuerst Mittel-, dann die Seitenlappen). Die Vorteile dieser Operation sind deren Einfachheit und die Unversehrtheit von Blase und Harnröhre. Stern-München.

Tausend Fälle von Enukleation der Prostata, von De Valcourt-Cannes. (Presse méd., 1912, Nr. 99.) Bericht über die von Freyer der britischen medizinischen Gesellschaft in ihrer letzten in Liverpool gehaltenen Sitzung vorgetragenen Mitteilung über seine 1000 Fälle von Prostatektomie. A. Gunsett-Straßburg.

Die Erfolge der nach meiner Methode ausgeführten perinealen Prostatektomien mit seitlichem Schnitt von Wilms-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 47.) Zu seinen früheren Berichten fügt Verfasser eine Mitteilung über 31 nach seiner Methode ausgeführte Operationen hinzu. Gestorben sind zwei Patienten: bei dem einen fand sich bei der Sektion eine vorher allerdings übersehene Hydronephrose, welche bei rechtzeitiger Erkenntnis die Operation inhibiert hätte; bei dem anderen, der acht Tage nach der Operation gegen dringenden ärztlichen Rat die Klinik verließ, scheint mangelhafte spätere Behandlung den Tod verursacht zu haben. Verfasser operiert unter Lokalanästhesie; der Hautschnitt geht parallel dem unteren Schambeinast bis zu etwa 2 cm an die Symphyse heran. Die Enukleation wird in analoger Weise wie bei der Eröffnung der Blase durch den hohen Schnitt ausgeführt. Die Nachbehandlung ist wesentlich einfacher als bei dieser und dauert bis zum Verschluß der Fistel nur 14 bis 20 Tage. Die Kontinenz ist nach der Heilung eine sehr gute.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Prostatektomie nach Wilms, von O. Zuckerkandl.

Zu den Ausführungen von Zuckerkandl über die Prostatektomie nach Wilms, von Wilms. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 49 u. 51.) Polemik über die Mortalitätsstatistik von Wilms. W. Lehmann-Stettin.

Die zweizeitige suprapubische Prostatektomie, von Le Clerc-Dandoy. (Policlinique, 1912, Nr. 22.) Die Prostatektomie gibt nur gute Resultate, wenn die Patienten noch eine gute Nierenfunktion aufweisen, was durch einen normalen kryoskopischen Blutindex erkannt werden kann. Aber auch bei schlechtem Blutindex hatte der Verfasser gute Erfolge, dadurch, daß er erst die Blase eröffnete und einige Wochen dränierte, wobei sich jedesmal der Blutindex hob, und erst viel später die Prostatektomie ausführte. A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Ureterstein, von Gyselynck, (Journ. d. Bruxelles, 1912, Nr. 50.) Ein Stein, der einige Millimeter über der Ureteröffnung eingekeilt erschien. Bei der Operation verschwand er. Es ergab sich, daß der Ureter außerordentlich ausgedehnt war und wie eine Darmschlinge aussah; diese Ähnlichkeit wurde noch durch zirkulär einschneidende Adhäsionen erhöht. Der Stein war gegen die Niere hinaufgerutscht.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Behandlung der Harnleitersteine mit Öl-Injektionen, von Walter S. Reynolds-New York. (Med. Record., 14. Dez. 1912.) Bei einem 32jährigen Manne hat Verfasser mittels des Ureterenkatheters in den Harnleiter, in welchem nach dem Befund der Röntgenuntersuchung ein Stein eingeklemmt saß, Öl injiziert. Er sah den Patienten nur unregelmäßig, hat ihm aber im Verlaufe mehrerer Monate eine Reihe Injektionen geben können. Einige Zeit nach der letzten Injektion gelangte der Stein im Anschluß an einen Kolikanfall in die Blase. Verfasser schiebt dieses Resultat auf seine Injektionen, die er für ähnliche Fälle empfiehlt. W. Lehmann-Stettin.

Kongenitale Striktur des Ureters; Pyonephrose; Nephrektomie, von L. Miller Kahn-New York. Kasuistik. W. Lehmann-Stettin.

Einige Typen von Ureterenstrikturen bei Frauen, von Henry Dawson Furnin-New York. (Journ. amer. med. assoc., 7. Dez. 1912.) Verfasser hat eine Anzahl von Ureterenstrikturen bei Frauen beobachtet, von denen die meisten unerkannt blieben und daher falsch behandelt wurden. Die Diagnose wurde vielfach erst bei der Operation, die nach langdauernden Beschwerden diagnostischer Zwecke wegen ausgeführt wurde, gestellt. Ätiologisch wird meist angeborene Mißbildung angeschuldigt, doch wird hierauf wohl zu viel Wert gelegt. Nach Ansicht des Verfassers kommen als primäre Ursache vielfach Infektionskrankheiten, Furunkel, Influenza, Tonsillitis, Typhus usw. in Betracht, die auf dem Blutwege über die Nieren eine langdauernde Entzündung der Ureters verursachen. Ätiologisch wichtig ist ferner der Kolonbazillus; die Rolle des Gonokokkus ist noch nicht geklärt. Die Strikturen sitzen meist an den anatomisch engen Stellen: unterhalb des Nierenbeckens oder oberhalb der Einmündung des Ureters in die Blase. Die meisten dieser strikturellen Erkrankungen sind von langer Dauer und langsamer Entwicklung; die ersten Symptome können auf eine Pyelitis, Ureteritis oder Zystitis hinweisen. Später treten rückwärtige Stauungen ein, so daß es zu Erweiterungen des Ureters und des Nierenbeckens kommt. Der Schmerz bei Ureteritis wird oft verwechsel mit dem bei Appendizitis oder bei Adnexerkrankungen, und viele Patienten sind deshalb ohne Erfolg operiert worden. Zur Diagnose sind neben den klinischen Erscheinungen die Zystoskopie, der Ureterenkatheterismus, vor allem aber die Radiographie heranzuziehen. Fendt-Wiesbaden.

Ein Fall von doppelseitiger perinephritischer Phlegmone, von Joan Jianu-Bukarest. (Wien. klin. Rundsch., 1913, Nr. 4.) Ein 24jähriger Patient erkrankte an Fieber und rechtsseitigen Lendenschmerzen, die ununterbrochen anhielten. Nach zwei Monaten fand sich die rechte Lendengrube von einer fluktuierenden Geschwulst angefüllt. Die Operation ergab einen großen Eiterherd um die ganze Niere. Trotz dessen Entleerung dauerte das Fieber fort, und es stellten sich Schmerzen in der linken Lende ein. Bei der neuen Inzision fand sich ein Abszeß der Niere vor, der mit dem perinephritischen Raume der anderen Seite kommunizierte. Diese beiderseitige, perinephritische Phlegmone dürfte sich an einen Karbunkel in der Lendengegend angeschlossen haben. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Diagnose der Nierentuberkulose in sehr frühen und in sehr fortgeschrittenen Fällen: Prognose und Therapie, von Thorkild Rovsing-Kopenhagen.

Digitized by Google

(Journ. amer. med. assoc., 21. Dez. 1912.) War man früher allgemein der Überzeugung, daß auch in den frühesten Stadien der Nierentuberkulose Albuminurie vorhanden sein müsse, so hat Verfasser durch eine Reihe ven Beobachtungen in den letzten Jahren gelernt, daß das nicht unbedingt der Fall sein muß, da die Albuminurie intermittierend auftreten und sogar dauernd fehlen kann. Unter ungefähr 200 Fällen hat Rovsing sieben solche beobachtet. Der erste Patient war seiner Albuminurie wegen neun Monate lang auf chronische Nephritis behandelt worden. Als Verfasser ihn sah, war kein Albumen mehr vorhanden, doch fand sich in der rechten Seite des Abdomen ein großer Tumor, der sich bei der Operation als die rechte, durch tuberkulöse Prozesse zerstörte Niere erwies. Nierengewebe war nicht mehr vorhanden, ebenso kein Eiter; der Ureter war nicht obliteriert. In den meisten Fällen fehlender Albuminurie jedoch ist die Nierentuberkulose frischen Ursprungs oder scharf begrenzt. Solche Patienten kommen zum Arzt mit anderen verdächtigen Symptomen. Dreimal war dies eine Hämaturie; in zwei Fällen brachten nur die Schmerzen in der Gegend der linken Niere die Patienten zum Arzt; der Urin enthielt Eiterzellen. Bei Eiterurin wird öfter Pyelitis oder auch, wenn die Patienten vorher blennorrhoisch erkrankt waren, blennorrhoische Zystitis diagnostiziert; die hierbei eingeleitete Behandlung mit Argentum nitricum, Protargol usw. bringt keine Besserung, sondern Verschlimmerung. Alle diese bedauerlichen Fehldiagnosen können vermieden werden, wenn der Urin nicht nur chemisch, sondern auch mikroskopisch und bakteriologisch untersucht wird. Der Nachweis der Tuberkelbazillen im Urin gelang Verfasser in 80,7% seiner Fälle. Über den Zustand der einzelnen Nieren kann nur die Ureterenzystoskopie sicheren Aufschluß geben. Vor dem Gebrauch der Segregatoren ist zu warnen. Kein sicherer Fall von Heilung einer Nierentuberkulose bei konservativer Behandlung ist bekannt. Daher ist bei einseitiger Erkrankung unbedingt Nephrektomie zu empfehlen, durch die 75% der Operierten gerettet werden. Bei 145 Nephrektomien hatte Verfasser sieben Todesfälle = 4,8%. Ist die Blase zugleich tuberkulös infiziert, so erzielt man durch Blasenspülungen mit 6%iger Karbolsäurelösung nach der Nephrektomie zufriedenstellende Erfolge. Fendt-Wiesbaden.

Die Ätiologie der einseitigen Nierenblutung, von Alexander Randall-Philadelphia. (Journ. amer. med. assoc., 4. Januar 1913.) Bei den sogenannten essentiellen Hämaturien, bei denen keine Tuberkulose oder Steinbildung, kein Neoplasma oder Infarkt für die Blutung verantwortlich gemacht werden kann, ist das primum movens eine Kongestion, die in der Mehrzahl der Fälle eine Nephritis begleitet. Bei einer zweiten Gruppe stammt die Blutung von durch äußere Ursachen, hauptsächlich Stauungsvorgänge, varikös veränderten Gefäßen des Nierenbeckens. Bei der dritten Gruppe ist die Hämorrhagie zurückzuführen auf eine Gefäßruptur oder auf Diapedese roter Blutkörperchen, wiederum im Gefolge einer auf äußeren Ursachen beruhenden Kongestion. Die erfolgreichste Therapie besteht in der Nephrotomie. Fendt-Wiesbaden.

Einseitige Nierenblutung gestillt durch Injektion menschlichen Blutserums, von B. S. Barringer-New York. (Journ. amer. med. assoc., 26. Okt. 1912.) Ein 36jähriger Mann mit Brightscher Nierenkrankheit, der seit 3—4 Jahren an Hämorrhagien verschiedener Körperstellen litt, zeigte Blut im Urin. Bei der Zystoskopie entleerte sich der blutige Urin aus dem rechten Ureter. Nach der Anamnese handelte es sich um einen Bluter. Die Therapie bestand in Injektionen von Serum, das die drei Brüder des Patienten lieferten. Unmittelbar nach der ersten Injektion von 20 ccm stand die Blutung. In den nächsten acht Tagen wurde noch zusammen 180 ccm Serum injiziert. Keinerlei Reaktion folgte danach. Ein halbes Jahr später war keinerlei Blutung mehr aufgetreten. — Seruminjektionen sind indiziert in erster Linie bei Blutern, sodann bei Nierenblutungen der verschiedensten Art, da hierbei bei operativem Vorgehen mit einer

Digitized by Google

Mortalität von 15% zu rechnen ist. Ist es möglich, das Blut von Verwandten zu erhalten, so ist keine Serumkrankheit zu befürchten, und es können große Dosen gegeben werden. Nach Welch verursacht menschliches Serum nie Serumkrankheit oder Anaphylaxie. Die Blutentnahme geschieht am besten durch Venenpunktion. Die Injektion wird am besten subkutan vorgenommen; liegt eine Nierenblutung vor, so können kleine Serummengen durch den Ureterenkatheter ins Nierenbecken gebracht werden. Die Anfangsdosis hängt von der Dringlichkeit des Erkrankungsfalles ab. 40 bis 50 ccm Serum eines Verwandten können zuerst gegeben werden; tritt keine Reaktion auf, so kann fünf oder sechs Stunden später die drei- oder vierfache Menge nachfolgen. Außer der koagulierenden Wirkung besitzt das menschliche Serum noch bakterizide Eigenschaften, die bei Infektionskrankheiten in Betracht kommen, und Nährwert, was besonders bei der Hämophilia neonatorum von Wichtigkeit ist. Fendt-Wiesbaden.

Zur Balneotherapie von Nierenleiden, von Ernst Pflanz-Marienbad. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 3.) Eine Reihe zufällig konstatierter Albuminurien und Zylindrurien sind, wie fortlaufende Harnuntersuchungen ergeben haben, im Verlaufe einer Marienbader Kur zur Heilung gekommen. Daraufhin wurden Versuche bei Nephritikern vorgenommen und auch hier in etwa 75% deutliche Besserung nachgewiesen. Verfasser glaubt, daß es weniger die Anregung der Diurese ist, als die Ableitung auf den Darm", insofern die Glaubersalzwässer die Ausscheidung von Stoffwechselprodukten, die sonst der Niere zufällt, durch den Darm erleichtern. W. Lehmann-Stettin.

Neuere französische Fortschritte in der Erkenntnis der Nierenkrankheiten, von Cecil Kent Austin-Paris. (Med. Record, 4. Jan. 1913.) Zusammenfassende Übersicht über die letzten Arbeiten der Franzosen auf dem Gebiete der Nierenpathologie, die dazu geführt haben, die verschiedenen Formen der Nierenerkrankungen nicht nach pathologischen Grundsätzen zu trennen, sondern je nach der Erhaltung der Nierenfunktion zu unterscheiden und dementsprechend zu behandeln.

W. Lehmann-Stettin.

Die Eiweiß-Bestimmung, ein Hilfsmittel bei der Diagnose von Nierenerkrankungen, von G. W. Warren-New York. (New York med. journ., 14. Dez. 1912.) W. setzt auseinander und belegt durch zwei beweiskräftige Fälle, daß der Eiweißgehalt in seinem Verhältnis zu der Eitermenge das wichtigste Hilfsmittel bei der Diagnose von Niereninfektionen darstellt. Die Eiweißmenge übersteigt in den ausgeprägtesten Fällen von Zystitis keine 0,15%. Bei Pyurie zweifelhaften Ursprungs, wo der Urin frei von Blut ist, zeigt daher ein Eiweißgehalt von mehr als 0,15% in der großen Mehrzahl der Fälle an, daß die Niere befallen ist. Mit einer geringen Eitermenge und einem Eiweißgehalt von 0,15% kann füglich eine Erkrankung (Infektion) der Niere angenommen werden. Bei dieser Differentialdiagnose ist es natürlich von größter Wichtigkeit, den durch Katheter aus der Blase entnommenen Urin zu untersuchen, um so den aus Prostata und Harnröhre stammenden Eiter auszuschließen, und nochmals sei hervorgehoben, daß obige Regeln nur bei einem Urin, der frei von Blut ist, zutreffen.

Stern-München.

Vergleichende Untersuchungen über die klinischen Methoden zur quantitativen Eiweißbestimmung im Urin und in pathologischen Flüssigkeiten, von Bonaventura Maiola. (Policlinico, 20. Jahrg., Februar 1913.) Für Urinuntersuchungen geben die Esbachsche und Tsouchijasche Methode annähernd gleiche Resultate, für pathologische Flüssigkeit ist letztere genauer. Bei beiden Methoden spielen Temperatur und spezifisches Gewicht der zu untersuchenden Urine eine nicht zu unterschätzende Rolle. A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Chondroiturie und fakultative Albuminurie, von HANNS POLLITZER. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 33.) In der Mehrzahl von hochfiebernden Anginen fand Verfasser Chondroitsäure im Harn. Den gleichen Befund konnte er bei chronischer Tonsillitis: Endokarditis, Gelenkrheumatismus und Chorea minor erheben. Auch die orthostatische Albuminurie bringt er in Zusammenhang mit chronischer Tonsillitis und nimmt als Grundlage derselben ein Ren juvenum infectione laesum an. In fünf einschlägigen Fällen war die Reaktion auf Chondroitsäure positiv.

Chondroiturie findet sich nicht nur bei gleichzeitiger Albuminurie, sondern auch zu Zeiten, wo noch kein Albumen nachweisbar ist oder schon vor dem Auftreten von Eiweiß im Harn. Aus diesem Grunde ist die Reaktion von großem praktischen Werte. Chondroitämie tritt nur auf, wenn der Tubularapparat insuffizient wird, wie Verfasser in zwei Fällen von sekundärer Schrumpfniere mit urämischen Erscheinungen beobachten konnte. O. Valentiner-Leipzig.

Transitorische Albuminurie, hervorgerufen durch die intravesikale Urinseparation, von LUIGI-COCCO. (Riforma med., 1913, Nr. 6.) Aus den an 14 Fällen vorgenommenen Untersuchungen des Verfassers geht im Gegensatz zu den Angaben von LUYS hervor, daß die mit dem LUYSschen Urinseparator in der Blase vorgenommenen Manipulationen wohl eine Reaktionsstörung der Nieren hervorrufen können. Zuerst wird der Rhythmus der Ejakulation der Ureteren modifiziert mit vorübergehender transitorischer Anurie, außerdem tritt ein vorübergehender Eiweißgehalt bis 0,25 ‰ auf, der auf seiten der kränkeren Niere größer ist. Auch diese Erscheinung ist durch Reflex bedingt. Sie vermindert in keiner Weise die Vorzüge des sehr brauchbaren Instrumentes, man muß aber gegebenenfalls damit rechnen. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Wirkung neuer Korrektionsversuche der Wirbelsäule bei der orthostatischen Albuminurie, von L. JEHLE-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 9.) Das rasche Verschwinden einer Albuminurie, welche bei einem normalen Individuum nach einem kurz andauernden künstlichen Lordosieren nahezu ausnahmslos hervorgerufen werden kann, wobei nur die Änderung der Wirbelsäule in Betracht kommen kann, in dem Sinne, daß die künstliche Lordose aufgehoben wird und eine bei dem gesunden Individuum normale Streckung der Wirbelsäule erfolgt, legte den Gedanken nahe, ob es nicht möglich wäre, durch eine einfache Methode diesen Vorgang auch bei einem orthostatischen Individuum zu imitieren. Tatsächlich gelang es, ein ähnliches rasches Schwinden einer bestehenden Albuminurie nach Anlegen eines entsprechenden Mieders zu erzielen, in welchem eine entsprechende Streckung der Wirbelsäule erfolgt. Eine entsprechende Korrektur der Wirbelsäule ohne Mieder zu erreichen, gibt Verfasser einige Winke an. W. Lehmann-Stettin.

Renale Tuberkulose und orthostatische Albuminurie, von CASTAIGNE. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 2.) Zwei Krankengeschichten, welche die tuberkulöse Ätiologie und die Existenz tuberkulöser, teils bei der Autopsie, teils bei der Operation gefundener Nierenläsionen bei Kranken beweisen, welche nur die Symptome einfacher orthostatischer Albuminurie der Adoleszenz aufwiesen. A. Gunsett-Straßburg.

Zur orthostatischen Albuminurie der Tuberkulösen, von HINZE und SORIN-Petersburg. (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul., Bd. 24, H. 2.) Von 106 Tuberkulösen eines Krankenhauses (im zweiten Stadium der Krankheit) zeigten 18 nach 20 Minuten Stehen Eiweiß, von 37 zeigten 9 nach 40 Minuten Stehen Eiweiß, d. i. 17% und 25%.

In den meisten Fällen war es der sogenannte Essigkörper, d. h. das Eiweiß, welches sich im Kalten nach Zusatz von 15 Tropfen 10% Essigsäure in Gestalt einer leichten Trübung in der oberen Schicht ausscheidet.

Digitized by Google

Die Verfasser sind geneigt, das Tuberkulosetoxin als das ätiologische Moment, das mechanische (Aufrechtstehen, Lordose) als das auslösende anzusehen, und fordern zu weiteren Prüfungen auf. Werther-Dresden.

Zur Pathologie der lordotischen Albuminurie, von Karl Dietl-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 7.) Mitteilung einiger Beobachtungen, aus denen sich ergibt, daß der gleiche Lordosegrad nicht jedesmal zu einer gleichstarken Albuminurie führt, daß also die Lordose allein nicht die Ursache der Albuminurie ist, sondern daß auch der Tätigkeit der Nierengefäße eine wichtige Rolle zuzuerkennen ist. Wichtig erscheint dabei vor allem das Allgemeinbefinden, dessen Hebung durch roborierende Maßnahmen, auch Arsen usw., die Albuminurie wesentlich vermindert.

W. Lehmann-Stettin.

Über Albumosurie bei Tuberkulose (Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit von H. Deixt), von Dietschy. (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul., Bd. 24, H. 2.) Wer die Frage der Albumosurie aufgreifen will, soll sich zuerst eingehend mit der Methode beschäftigen: eine Albumosenreaktion im Harn kann nur dann als beweisend angesehen werden, wenn vorher prinzipiell eine einwandfreie Enteiweißung vorgenommen wurde.

Werther-Dresden.

Zur Harnanalyse, von Peter Bergell. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 42.) Verfasser beschreibt eine von ihm ausgearbeitete Schnellmethode für die Stickstoffbestimmung des Harns, die einfacher als die Kjeldahlsche Methode anzuwenden ist. Ein Reagensglas aus Quarz wird mit 2 ccm Harn beschickt, einige Gramm stickstoffreien Natronkalkes werden dazugeschüttet und dann das Reagensglas mittels eines durchbohrten Gummistopfens und eines gebogenen Glasrohres mit einer kleinen offenen Vorlage verbunden, die 20 ccm $^1/_{10}$ N-Salzsäure und etwas Rosolsäure enthält. Es wird erst langsam das Wasser weggekocht, dann aufsteigend geglüht mit Bunsenbrenner. Statt Natronkalk kann reines Kalziumoxyd verwandt werden, das die Quarzröhre weniger angreift. Die Differenz zwischen Kjeldahlscher und Bergellscher Analyse betrug im ungünstigsten Fall 0,018 %. V. Caesar-Dresden.

Die Bedeutung einiger Bestandteile des Urins, von J. Bergen Ogden-New York. Kurze Ausführungen über die Unterschiede und Bedeutung des Nukleoalbumins und Serumalbumins; über die Form der Zylinder und der eigentümlichen Zylindroide, die aus Prostata und Harnwegen stammen und sich von den Zylindern renalen Ursprungs oft deutlich unterscheiden. W. Lehmann-Stettin.

Zum Aufsatz von Balavoine und Onfray betreffend die Harnstoffausscheidungskonstante, von L. Ambard. (Presse méd., 1912, Nr. 103.) Der Verfasser verteidigt die von ihm aufgestellte Harnstoffausscheidungsformel gegenüber den von Balavoine und Onfray vorgeschlagenen Abänderungen. A. Gunsett-Straßburg.

Zur Bedeutung des Vorkommens von Diphtheriebazillen im Harn, von R. Koch-Frankfurt a. M. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 50.) Auf Grund eingehender Urinuntersuchungen von Diphtheriekranken auf Diphtheriebazillen sollte nach Conradi und Bierast dem Urin für die Verbreitung der Diphtherie auf dem Wege der Nahrungsmittelinfektion eine große Bedeutung zukommen. Verfasser hat daraufhin 111 Urinproben von 26 Diphtheriepatienten untersucht. Nur sehr selten — in vier Urinproben bei zwei Patienten — konnte ein wirklich positiver Befund erhoben werden, d. h. es wurden Stäbchen gefunden, die nach dem Kulturverfahren und dem Tierversuch als Diphtheriebazillen angesehen werden mußten. Daneben — in zehn Urinproben von fünf Patienten — wurden vereinzelte diphtheroide Stäbchen gefunden, deren Identifizierung nicht gelang. Ebensolche vereinzelte diphtheroide Stäbchen fand man auch

Digitized by Google

unter 19 Urinproben von Scharlachkranken und zwar viermal, die bestimmt frei von Diphtherie waren. Verfasser kommt daher zu der Auffassung, daß die Ausscheidung nachweisbarer Mengen von Diphtheriekeimen durch den Urin wohl vorkommt, aber eine seltene Erscheinung ist. Die allgemeine Bedeutung der Diphtheriebazillenausscheidung durch den Urin dürfte deshalb für die Prophylaxe der Diphtherie nicht sehr hoch einzuschätzen sein. Fischer-Dresden.

Verschiedenes.

Zur Sonnenbehandlung der Pityriasis lichenoides. Zu den von E. Klausner — diese Wochenschrift, S. 470 und 473 — mitgeteilten Beobachtungen über die günstige Beeinflussung der Pityriasis lichenoides durch Sonnenbestrahlungen möchte ich bemerken, daß auch in einem von mir veröffentlichten Falle nach vom Kranken aus eigenem Antriebe durchgeführten Sonnenbädern eine nicht unwesentliche Remission des Hautleidens zu verzeichnen war, an welche sich allerdings bald wieder eine verstärkte Neueruption anschloß. Ich erwähne dies deshalb, weil in meiner Publikation (Verhdlgn. d. XXI. Kongr. f. inn. Med., gehalten z. Leipzig, 20. IV. 1904; Wiesbaden 1904, S. 567—571) die Mitteilung dieses Faktums vergessen worden war. Rille.

Der Kongreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft findet in Wien am 19. und 20. September unmittelbar vor der am 21. beginnenden Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte statt. Für den 19. ist die Diskussion über Tuberkulide, Sarkoide usw., für den 20. die Demonstration von Kranken, Moulagen, Präparaten u. dgl. angesetzt; eventuell sollen an beiden Tagen noch freie Vorträge stattfinden. Für den Kongreß angekündigte, doch nicht gehaltene Vorträge werden der dermatologischen Sektion der Naturforscherversammlung zugewiesen. Die Anmeldung von Vorträgen und Demonstrationen hat bis zum 15. Juni bei dem Generalsekretär des Wiener Ortsausschusses, Herrn Prof. S. Ehrmann, Wien, IX. Kolingasse 9 zu erfolgen. Bei demselben sind auch auswärtige Kranke, welche im Allgemeinen Krankenhause aufgenommen werden sollen, anzumelden; sollen die Kosten derartiger Demonstrationen von der Gesellschaft getragen werden, so ist hierfür die Zustimmung des Wiener Ausschusses erforderlich.

In das Herausgeberkollegium der **Zeitschrift für Urologie** sind mit Rücksicht auf die Erweiterung ihres Arbeitsbereiches neu eingetreten: A. Bier-Berlin, A. Döderlein-München, K. Franz-Berlin, H. v. Haberer-Innsbruck, A. v. Korányi-Budapest, H. Küttner, O. Minkowski-Breslau, E. Payr-Leipzig, H. Schloffer-Prag, M. Wilms-Heidelberg.

Dr. Prince A. Morrow, gewesener klinischer Professor der Urogenitalkrankheiten an der University of the City und am Bellevue Hospital Medical College, sowie Chefchirurg am Charity Hospital in New York ist gestorben. Er war Herausgeber eines 1892/93 erschienenen, umfangreichen Handbuches der Dermatosyphilidologie und Urologie.

Hofrat Dr. univ. med. Hugo Schindelka, diplomierter Tierarzt und ord. Professor der spez. Pathologie, Therapie, mediz. Klinik und Seuchenlehre an der k. u. k. Tierärztlichen Hochschule in Wien ist gestorben. In dermatologischen Kreisen ist er durch ein in zwei Auflagen erschienenes größeres Werk über die Hautkrankheiten der Haustiere bekannt geworden.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

3. Mai 1913 | Nr. 18 | Band 56

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Kaiserlichen Universität zu Moskau (Vorstand: Prof. J. Th. Srlenew).

Zur Klinik und Histologie des Lichen variegatus R. Crocker (Parapsoriasis lichenoides Brocq)[1].

Von

Dr. D. D. Lewtschenkow.

(Mit 2 Tafeln.)

Im Verlaufe der letzten 20 Jahre wurde von verschiedenen Verfassern unter verschiedenen Benennungen eine Reihe von Hauterkrankungen veröffentlicht, welche einen Mittelplatz zwischen Lichen planus und Psoriasis einerseits und seborrhoischen Erkrankungen andererseits einnehmen und sich durch Hautröte und mehr oder weniger scharf ausgedrückte Schuppung charakterisieren. Indem sie sich manchmal sehr wesentlich voneinander in den Details unterscheiden, haben diese Krankheitsformen folgende gemeinschaftliche klinische Merkmale: sehr geringe Infiltration der Ausschlagselemente, fast völliges Fehlen von subjektiven Symptomen, Erscheinen meistenteils bei jungen, sonst vollständig gesunden Individuen, sehr langsamen Verlauf und sehr geringe Neigung zur Heilung.

Im Jahre 1890 hatten Unna, Santi und Pollitzer[2]) zum ersten-Male zwei Fälle solcher Erkrankung bei zwei verhältnismäßig jungen (33 und 27 Jahre alten), sonst ganz gesunden Männern beschrieben. Der Ausschlag erschien in Form von flachen, sich wenig über dem Niveau der gesunden Haut erhöhenden Knötchen oder Plaques, welche, miteinander streifen- und ringartig zusammenfließend, eine Art Netz bildeten, in dessen Maschen sich Inselchen von gesunder Haut befanden. Die Knötchen waren teils mit einer dicken Hornschicht bedeckt und glänzend wie Lichen planus-Papeln, teils wiesen sie eine feine Schuppung auf. Farbe des Ausschlags, von rosa bis rotbraun und violett, je nach der Lokalisation. Der Ausschlag hatte einen chronisch-progressierenden Verlauf ohne Remissionen und Exazerbationen, erschien zuerst auf dem

[1]) Nach einer Demonstration des Kranken und der mikroskopischen Präparate in der Moskauer Venerol. u. Dermatol. Gesellschaft, am 25. (28.) IV. 1912.

[2]) Unna, Santi und Pollitzer, Über die Parakeratosen im allgemeinen und eine neue Form derselben (Parakeratosis variegata). Monatsh. f. prakt. Derm., 1890, Bd. 10, Nr. 9—10.

Digitized by Google

Rumpfe und breitete sich weiter auf Hals und Extremitäten aus; die behaarte Kopfhaut, das Gesicht, die Handteller und Sohlen blieben die ganze Zeit intakt. Der Ausschlag war sehr reichlich, jedoch überall, sogar an den Stellen, wo er seine höchste Entwicklung erreichte, verblieben Felder gesunder Haut. Subjektive Beschwerden fehlten; nur wurde durch scharfe äußere Temperaturveränderungen ein leichtes Jucken hervorgerufen. Lokale Behandlung war erfolglos.

Histologisch beschränkten sich die krankhaften Veränderungen auf die Papillarschicht und Epidermis; die eigentliche Kutis, die Follikeln und Drüsen blieben intakt. In der Papillarschicht beobachtete man geringes Ödem, mäßige Erweiterung der Blutgefäße und geringe Zelleninfiltration um sie herum. Die Epidermis — auch etwas ödematös, die Stachelzellen leicht angeschwollen, dazwischen hier und da Wanderzellen; die Übergangsschichten normal, die Hornschicht etwas verdickt und stellenweise Kerne enthaltend.

Infolge des sehr gesprenkelten, marmorierten Aussehens dieses Ausschlages, welcher unter keine der früher bekannten Typen zu klassieren war, und Vorhandenseins der Parakeratose bei histologischer Untersuchung, gab ihm Unna den Namen „Parakeratosis variegata".

Im Jahre 1894 demonstrierte Jadassohn [1]) auf dem Kongreß der deutschen Dermatologen in Breslau einen Kranken, der auf dem Rumpfe und unteren Extremitäten ein Exanthem hatte, welches aus roten, ohne besondere Anordnung zerstreuten, nicht konfluierenden Knötchen bestand. Die Ausschlagselemente waren von der Größe eines Stecknadelkopfes bis der einer kleinen Linse, von runder oder ovaler Form, mit feiner Schuppung auf der Oberfläche. Bei sehr energischem Kratzen erschien manchmal ein Blutröpfchen, jedoch entstand keine punktförmige Blutung wie bei Psoriasis. Bei histologischer Untersuchung wurde mäßige Rundzelleninfiltration um die Blutgefäße der Papillarschicht festgestellt, sowie leichte Proliferation der Stachelzellen. Körnerschicht unverändert; in der Hornschicht stellenweise erhaltene Kerne. Bei Pyrogallolbehandlung einiger temporärer Erfolg.

Jadassohn nannte diese Krankheitsform zuerst „Psoriasiformes und lichenoides Exanthem", und später (1900) „Dermatitis psoriasiformis nodularis" [2]).

Einen ähnlichen Fall demonstrierte Neisser auf demselben Breslauer Kongreß [3]), alsdann beschrieben diese Erkrankung Juliusberg [4]) (1897), Pinkus [5]) (1898) und Róna [6]) (1898). Im Jahre 1899 wendete sich

---

[1]) Jadassohn, Über ein eigenartiges psoriasiformes und lichenoides Exanthem. Verhandl. d. Deutsch. Derm. Gesellsch., IV. Kongreß. Breslau, 1894, S. 524. — [2]) Jadassohn, Beiträge zur Kenntnis des Lichen, nebst einigen Bemerkungen zur Arsentherapie. Festschr. zu Ehren Moriz Kaposi (Ergh. z. Arch. f. Derm.), 1900, S. 880. — [3]) Neisser. Zur Frage der lichenoiden Eruptionen. Verh. d. Deutsch. Derm. Ges., IV. Kongr., 1894. S. 495. — [4]) Juliusberg, Über einen Fall von psoriasif. u. lichenoidem Exanthem. Arch. f. Derm., 1897, Bd. 41, S. 257. — [5]) Pinkus, Ein Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem. Arch. f. Derm., 1898, Bd. 44, S. 77. — [6]) Róna, Ein Fall von Morbus Jadassohni. Verhandl. des Vereins Ungar. Dermatologen. Arch. f. Derm., 1898, Bd. 46. S. 147.

Digitized by Google

Juliusberg wieder dieser Frage zu, unterzog sorgfältigst die Beschreibungen früherer Autoren einer eingehenden Kritik, fügte denselben zwei eigene Beobachtungen bei und schlug für den von Jadassohn abgesonderten Typ die Benennung „Pityriasis lichenoides chronica", als dem klinischen Bilde mehr entsprechend, vor[1]). Diese Benennung wird bis jetzt von den meisten deutschen Dermatologen beibehalten.

Im Jahre 1897 veröffentlichte Brocq einen dritten Krankheitstyp, welcher wesentlich von Unnas und Jadassohns Beschreibungen abweicht und durch Vorhandensein von großen (2—6 cm im Durchmesser), scharf abgegrenzten, fast nicht infiltrierten, feinkleiig abschuppenden, blaßrosa Herden charakterisiert ist. Die histologische Untersuchung ergab geringe Infiltration der Papillarschicht, eine normale Stachelschicht und keine Parakeratose. Brocq benannte diese Form „Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées"[2]).

In den darauffolgenden Jahren wurde die Frage über die Stellung der beschriebenen Dermatosen in der Reihe der Hautkrankheiten wiederholt erörtert, sowie auf verschiedenen Ärztekongressen, als auch in Versammlungen medizinischer Gesellschaften (besonders in Deutschland und England), und das kasuistische Material nahm schnell zu.

Im Jahre 1898 zeigte Jamieson[3]) auf dem Ärztekongreß in Edinburgh, als „casus pro diagnosi", drei der Parakeratosis variegata ähnliche Fälle. Unna, welcher der Versammlung beiwohnte, erkannte sie als typische Beispiele der von ihm beschriebenen Krankheitsform. Jedoch stellte die weitere Beobachtung fest, daß einer dieser Kranken an Mycosis fungoides litt[4]).

Zwei Jahre darauf (1900—1901) beschrieb Radcliffe Crocker zwei Fälle des Unnaschen Typus. Er meint, daß man diesen Typus mit vollem Rechte der Gruppe der lichenoiden Erkrankungen beifügen kann, da das äußere Aussehen, sowie die Gruppierung der Ausschlagselemente sehr an Lichen planus erinnern. R. Crocker schlägt für ihn die Benennung „Lichen variegatus" vor, um die Bezeichnung „Parakeratose" zu vermeiden, welche an Psoriasis, Ichthyosis usw. erinnert[5]). Die Pityriasis lichenoides chronica (= Dermatitis psoriasiformis nodularis) und Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées hält er für Formen, welche dem Lichen variegatus nahe stehen, jedoch mit demselben nicht identisch sind.

Im Jahre 1901 äußerten Colcott Fox und MacLeod, indem sie von einem Falle der Parakeratosis variegata berichten, die Meinung, daß diese Erkrankung, sowie die von Jadassohn und Brocq beschriebenen

[1]) Juliusberg, Über die Pityriasis lichenoides chronica. Arch. f. Derm., 1899, Bd. 50, S. 359. — [2]) Brocq, Les érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées. Revue générale de clinique et de thérapeutique, September 1897, Nr. 37. (Refer.: Arch. f. Derm., 1899, Bd. 50, S. 273.) — [3]) A. Jamieson, Three cases for diagnosis. Brit. Journ. of Derm., 1898, Bd. 10, S. 324. — [4]) Brocq, Les parapsoriasis. Ann. de Derm. et de syph., 1902, S. 443. — [5]) R. Crocker, Lichen planus: its variations, relations and imitations. Brit. Journ. of Derm., 1900, Bd. 12, S. 443. — R. Crocker, Parakeratosis variegata or Lichen variegatus. Brit. Journ. of Derm., 1901, Bd. 13. (Refer.: Monatsh. f. prakt. Derm., 1901, Bd. 32, S. 299.)

Digitized by Google

Typen, Varianten einer und derselben Krankheitsgruppe sind, für welche sie die Benennung: „Resistant maculo-papular scaly erythrodermia" vorschlugen [1]).

Für identisch hält die beschriebenen Erkrankungen auch Török (1902): im Schlußkapitel des ersten Bandes des Handbuchs von Mračeк vereint er sie unter einer von Brocq entlehnten gemeinsamen Benennung „in zerstreuten Flecken auftretende, schuppende Erythrodermie" [2]).

Im Jahre 1902 studierte Brocq aufs sorgfältigste die zu der Zeit angesammelte Literatur, sowie die eigenen Beobachtungen und kam zur Überzeugung, daß alle veröffentlichten Fälle viel Gemeinschaftliches haben und Unterarten einer Krankheitsgruppe sind, für welche er eine gemeinsame Benennung, „Parapsoriasis", vorschlug [3]). Dabei bemerkt Brocq mit Nachdruck, daß er mit dieser Bezeichnung nur auf eine gewisse Ähnlichkeit des klinischen Bildes der erwähnten Dermatosen mit der Psoriasis hindeuten möchte, jedoch dieselben keinesfalls bloß als Spielarten der letzteren hält.

In der Parapsoriasisgruppe unterscheidet Brocq drei Grundtypen, zwischen welchen Übergangsformen („faits de passage") nicht ausgeschlossen sind.

1. Parapsoriasis en gouttes, eine der Psoriasis sehr nahe Form, charakterisiert durch kleine, isolierte, fleckartige oder papulöse, fast nicht infiltrierte, schuppende Effloreszenzen, welche bei Kratzen keine punktförmige Blutung erzeugen und an abortive Psoriasis guttata oder Syphilis papulosa erinnern. Dieser Gruppe zählt der Verfasser die Fälle von Jadassohn-Neisser und Juliusberg zu.

2. Parapsoriasis lichénoïde, eine Abart, die einen Mittelplatz zwischen Psoriasis und Lichen planus einnimmt und durch Vorhandensein von kleinen knötchenförmigen Elementen charakterisiert ist, welche bald verflacht und glänzend, bald atrophisch aussehen und zur Konfluenz geneigt sind, ein mehr oder weniger feinmaschiges Netz oder Plaques bilden und der Haut einen ungemein gesprenkelten, marmorierten Anblick verleihen; hierher gehören Parakeratosis variegata (Unna) und Lichen variegatus (R. Crocker).

3. Parapsoriasis en plaques, charakterisiert sich durch große (bis 6 cm im Durchmesser), scharf abgegrenzte, nicht oder nur wenig schuppende Herde. Diese Form steht in engerem Zusammenhang mit Psoriasis und seborrhoischen Erkrankungen und war früher von Brocq unter dem Namen „Érythrodermie pityriasique en plaques disséminées" beschrieben.

Der Autor führt in seiner Arbeit ein geistreiches Schema an, welches sehr anschaulich seine Ansicht über die Stellung der Parapsoriasis im System der Hautkrankheiten illustriert.

Diese unbedingt erkünstelte Klassifikation stieß bald auf Widerspruch.

---

[1]) Colcott Fox and MacLeod, On a case of Parakeratosis variegata. Brit Journ. of Derm., September 1901, Bd. 13. S. 319. (Refer.: Arch. f. Derm., 1903, Bd. 66. S. 256.) — [2]) Ludwig Török, Mračeks Handbuch, Bd. 1, S. 795. — [3]) Brocq, Les parapsoriasis. Ann. de Derm. et de syph., 1902, S. 433.

Digitized by Google

Brocq selbst, indem er für die zweite Gruppe die Benennung „Parapsoriasis lichénoïde" vorschlug, sah ein, daß es richtiger wäre, diese Form „Paralichen" anstatt „Parapsoriasis" zu nennen, weil dieselbe zweifellos nähere Verwandtschaft mit Lichen planus als mit Psoriasis habe.

Civatte, der Schüler von Brocq, hält es in seiner Dissertation [1]) (1906) für möglich, in Widerspruch gegen Brocq, nur zwei Gruppen der Parapsoriasis zuzurechnen, namentlich „en gouttes" und „en plaques", wobei er für die eigentliche Parapsoriasis das Fehlen klinisch erkenntlicher Infiltration der Ausschlagselemente als charakteristisch hält. Deshalb hält er die Pityriasis lichenoides chronica (= Dermatitis psoriasiformis nodularis) für eine der Parapsoriasis en gouttes sehr nahestehende, jedoch wegen Vorhandenseins papulöser Elemente bei der ersteren, nicht identische Krankheit. Bei histologischer Untersuchung zweier eigener Fälle, die klinisch der Pityriasis lichenoides chronica ähnlich waren, wies Civatte in den oberen Schichten des Koriums ein tuberkulöses Granulom, mit typischen epitheloiden und teilweise Riesenzellen in den Zentralpartien des Infiltrats und einkernigen Rundzellen auf der Peripherie, nach. Infolgedessen hält Civatte die eben erwähnte Erkrankung für eine Übergangsform zwischen der eigentlichen Parapsoriasis und den Hauttuberkuliden. Die lichenoide Abart scheidet er gänzlich aus der Parapsoriasisgruppe aus und weist sie teils der idiopatischen Hautatrophie, teils der sogenannten präfungoiden Erythrodermie zu. Der letzteren zählt er auch die Xantho-erythrodermia perstans, welche von R. Crocker im Jahre 1905 [2]) beschrieben wurde, zu.

Die Ansicht von Civatte über einen Zusammenhang zwischen Parapsoriasis und Tuberkulose teilen auch Milian und Pinard [3]) (1907) und Verrotti [4]) (1908). Milian fand in einem Falle von Parapsoriasis en gouttes bei histologischer Untersuchung ein Bild, das sehr an Lupus vulgaris erinnerte. In dem zweiten Falle beschränkten sich die histologischen Veränderungen nur auf einen leichten Entzündungsprozeß in den oberen Hautschichten, welcher nichts Außerordentliches vorstellte; jedoch hatte der Kranke lokale Asphyxie der Extremitäten, einen deutlich ausgesprochenen tuberkulösen Prozeß in den Lungenspitzen und positive Tuberkulinreaktion, so daß die tuberkulöse Natur des Hautleidens dem Autor unzweifelhaft erschien. Der Fall von Verrotti ist in diagnostischer Hinsicht ziemlich strittig infolge eines engen Zusammenhanges des Prozesses mit den Follikeln (Lichen scrofulosorum?).

Den Ansichten von Brocq traten mit sehr ernster Kritik die deutschen Dermatologen entgegen. Rille [5]) (1901 und 1904) und dessen Schüler

---

[1]) A. Civatte, Les parapsoriasis de Brocq. Paris 1906 (S. 133—142, 145—156, 186—189, 250—256). — [2]) R. Crocker, Xantho-erythrodermia perstans. Brit. Journ. of Derm., 1905, Bd. 17, S. 119. — [3]) Milian et Pinard, Parapsoriasis en gouttes. Sa nature tuberculeuse. Bull. de la soc. méd. des hôpitaux de Paris, 26. April 1907. — [4]) Verrotti, Histologische Untersuchungen über Parapsoriasis Brocq. Ein Beitrag zum Studium der papulo-squamösen Tuberkulide. Arch. f. Derm., 1909, Bd. 96, S. 193. — [5]) Rille, Zirkumskripte idiopathische Hautatrophie. Wissensch. Ärztegesellsch. in Innsbruck, 14. Dezember 1901. (Refer.: Wien. klin. Wochenschr., 1912, S. 878.) — Rille, Ein Fall von Pityriasis lichenoides chronica. Verhdl. des XXI. Kongresses f. innere Medizin, 1904, S. 567.

Digitized by Google

Rusch[1]) (1906) und Riecke[2]) (1907) widersprechen energisch einer solchen Annäherung der Pityriasis lichenoides chronica zur Parapsoriasis en plaques, indem sie die letztere der idiopathischen Hautatrophie zuzählen; die Parapsoriasis lichenoides dagegen halten sie der Pityriasis lichenoides chronica nahestehend. Als Besonderheit eines Falles von Riecke (Pityr. lich. chron.) ist das Vorhandensein von papelähnlichen, in der Mitte eingedrückten Effloreszenzen auf der Schleimheit des harten Gaumens anzumerken.

Arndt[3]) (1910) lehnt die Klassifikation und Terminologie von Brocq vollständig ab und hält jede von demselben bezeichnete Abart für eine selbständige Krankheitsform. Er schlägt vor für jede Gruppe ihre erstere Benennung beizubehalten, d. h. Pityriasis lichen. chron., Parakeratosis s. Lichen varieg. und Érythrodermie pityrias. en pl. disséminées. Die Bezeichnung „Parapsoriasis" hält Arndt sogar für die dritte Gruppe durchaus unpassend.

Gegen die Annäherung der Érythrodermie pityriasique en plaques disséminées zum Lichen variegatus, äußerte sich schon früher (1903) Ch. J. White[4]), weil das Vorhandensein von Knötchen, als Primärelement, und Parakeratose, als charakteristisches histologisches Kennzeichen, bei der Brocqschen Krankheit zu den ziemlich seltenen Ausnahmen gehören.

Aller Anfechtungen ungeachtet, wurden die Ansichten Brocqs von vielen Forschern beibehalten, z. B. von Augusta Bučck[5]) (1903), Graham Little[6]) (1902—1903), Gastou und Nicolau[7]) (1902), Dubreuilh und Méneau[8]) (1903), und in den letzten Jahren von Veress[9]) (1909) und Bonnet[10]) (1909).

S. L. Bogrow (1910) hält die Einwürfe Arndts gegen die Klassifikation von Brocq durchaus logisch begründet, jedoch bedient er sich dessen Terminologie, da er die Vereinfachung der schwerfälligen Nomenklatur verwandter Erkrankungen als ein Verdienst Brocqs ansieht. Den eigenen Fall (Parapsoriasis en plaques) hält der Autor der Pityriasis

---

[1]) Rusch, Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie. Arch. f. Derm., 1906, Bd. 81, S. 369. — [2]) Riecke, Zur Kenntnis der Pityriasis lichenoides chronica. Arch. f. Derm., 1907, Bd. 83, S. 51. NB. Der Autor führt die ganze Literatur über Pit. lich. chron. (bis 1907) an. — [3]) Arndt, Über Brocqsche Krankheit (Érythrodermie pityr. en plaques dissém.) nebst einigen Bemerkungen zur Frage der Parapsoriasis. Arch. f. Derm., 1910, Bd. 100, S. 7. — [4]) Ch. J. White, Érythrodermie pityr. en plaques disséminées. Journ. of cutan. dis., 1903, Nr. 4. (Refer.: Monatsh. f. prakt. Derm., 1903, Bd. 37, S. 185.) — [5]) Bučck, Beiträge zur Kenntnis der Parapsoriasis (Brocq). Inaug.-Diss., Zürich 1903. (Refer.: Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. 37, S. 141.) — [6]) Little, Parapsoriasis en plaques. Brit. Journ. of Derm., 1902, S. 218. — Little, Parakeratosis variegata. Ibid., 1903, S. 34. Little, Parapsoriasis en plaques. Ibid., 1906, S. 185. — [7]) Gastou et Nicolau, Parapsoriasis ou parasyphilide seborrhéique. Refer.: Journ. des malad. cut. et syph., 1903, S. 299. — [8]) Dubreuilh et Méneau, Un cas de parapsoriasis. Ann de Derm. et de syph., 1903, S. 166. — [9]) Veress, Über Parapsoriasis. Refer.: Monatsh. f. prakt. Derm., 1910, Bd. 49, Nr. 5. — [10]) Bonnet, Parapsoriasis en gouttes. Gaz. des hôp., 1909, Nr. 8.

Digitized by Google

rubra benigna (in Übereinstimmung mit BROCQ) und den Hauttuberkuliden (tuberkulöse erbliche Belastung der Kranken) für nahestehend[1]).

Die Ansichten und Terminologie von BROCQ teilt W. T. TEREBINSKY[2]) (1911). Letzterer weist auf die großen Schwierigkeiten hin, welche bei Differentialdiagnose einiger Formen der Parapsoriasis en gouttes gegen Roseola elevata entstehen. In einem Falle von TEREBINSKY wurde die Ähnlichkeit mit Syphilis durch Vorhandensein von einem den Plaques muqueuses sehr ähnlichen Ausschlage auf der Wangenschleimhaut noch gehoben.

Im vergangenen Jahre beschrieb MENAHEM HODARA einen Mischfall, bei welchem ein der Parapsoriasis en gouttes eigener Ausschlag prävalierte, wobei jedoch zu gleicher Zeit ein lichenoider Ausschlag und eine kleine Anzahl von großen, der Parapsoriasis en plaques charakteristischen Herden zu bemerken war[3]). HODARA hält die von BROCQ bezeichneten Typen für verschiedene Stadien ein und desselben Krankheitsprozesses; die Frage über die tuberkulöse Natur der Parapsoriasis hält er für strittig[4]).

Aus dem angeführten kurzen Literaturüberblick ist ersichtlich, daß die Frage über die Stellung der Parapsoriasis im System Hautkrankheiten bis zum heutigen Tage noch strittig erscheint; desgleichen ist auch die gegenseitige Beziehung der drei Grundtypen dieser Dermatose noch lange nicht aufgeklärt. Einige von BROCQs Meinungsgenossen gehen in ihrem Drang zur Verallgemeinerung noch weiter, als BROCQ selbst, und möchten gerne die Parapsoriasis en gouttes, en plaques und lichenoides als verschiedene Entwicklungsstadien ein und desselben Ausschlags ansehen. Die deutschen Dermatologen trachten die Gruppierung von BROCQ zu zerteilen: die Mehrheit hält jede der von ihm bezeichneten Abarten für eine selbständige Krankheitsform; andere verneinen gänzlich die Existenz der Parapsoriasis als einer besonderen Dermatose.

Die Benennung „Parapsoriasis" ist fraglos nicht ganz zutreffend und paßt weitaus nicht zu allen der angeführten Erkrankungen, und dies sah wie schon erwähnt, BROCQ auch selbst ein. Unzweckmäßig jedoch erscheint uns auch die so scharfe Abgrenzung derselben, wie es z. B. ARNDT vorschlägt. So lange irgend welche genaue Kenntnisse über die Natur der Krankheitserscheinungen ausbleiben, hat jede Klassifikation, welche sich nur auf äußere, morphologische Merkmale stützt, nur eine verhältnismäßige, temporäre Bedeutung. Mit diesem Vorbehalt scheint uns

[1]) S. L. BOGROW, Ein Fall von Parapsoriasis en plaques (BROCQ). Russische Zeitschrift f. Haut- u. vener. Krankh., 1910, Nr. 11 (Russisch). — S. L. BOGROW, Zur Klinik und Diagnose der Parapsoriasis en plaques. Derm. Ztschr., 1911, Nr. 2, S. 137. — [2]) W. T. TEREBINSKY, Parapsoriasis oder Syphilis? Russkij Wratsch (Der russische Arzt), 1911, Nr. 8, S. 319 (Russisch). — [3]) MENAHEM HODARA, Ein Fall von Parakeratosis variegata, Exanthema psoriasiforme lichenoides, Parapsoriasis en gouttes. Derm. Wochenschr., 1912, Nr. 27—28. — [4]) MENAHEM HODARA, Histologische Untersuchungen in zwei Fällen von papulo-nekrotischen Tuberkuliden. Derm. Wochenschr., 1912, Bd. 55, Nr. 50.

Digitized by Google

die von Brocq vorgeschlagene Gruppierung völlig annehmbar. Was die Nomenklatur anbetrifft, so halten wir diejenigen Benennungen für die zweckmäßigsten, welche das klinische Bild zur Genüge charakterisieren, dabei aber gleichzeitig die Frage über die Natur der Erkrankung nicht vorentscheiden, nämlich: Pityriasis lichenoides chronica, Lichen variegatus und Érythrodermie pityriasique en plaques disséminées. Wir vermeiden die Bezeichnung „Parakeratosis variegata" aus denselben Gründen, welche R. Crocker anführt. Auch Rille [1]) findet die Benennung „Lichen variegatus" für gerechtfertigt.

Dank der Erlaubnis des hochgeehrten Herrn Professor J. Th. Selenew, hatten wir die Gelegenheit, einen Fall von Lichen variegatus klinisch und histologisch zu studieren, zu dessen Beschreibung wir nun übergehen.

Der Kranke, Nikolaus E., 19 Jahre alt, Seminarzögling, wurde den 10./23. Februar 1912 in die Klinik wegen eines reichlichen, keiner Behandlung weichenden Ausschlages am Rumpfe und an den Extremitäten aufgenommen.

Aus der Nachfrage ergab sich folgendes. Vor anderthalb Jahren (im Sommer 1910) bemerkte der Kranke beim Baden zufällig an seinem Rumpfe einen Ausschlag, wie er ihn auch jetzt hat. Im Laufe des Jahres nahm das Exanthem, sich allmählich ausbreitend, fast den ganzen Rumpf, alsdann die oberen und endlich auch die unteren Extremitäten ein. Die Behandlung mit verschiedenen Salben nach Verordnung der Ortsärzte blieb gänzlich erfolglos und im Juni 1911 wandte sich E. in einer Universitätsstadt an einen sehr bekannten Venerologen. Dieser qualifizierte die Krankheit als Syphilis und verordnete dem Kranken antisyphilitische Behandlung, trotz negativer Wassermannscher Reaktion. Im Laufe von Juli bis zum halben August erhielt der Kranke 40 Quecksilberinjektionen (1% Sol. Hydrarg. cyanat.), ohne jegliche Wirkung auf den Gang des Hautprozesses. Im Laufe des Januars 1912 nahm der Kranke Solut. Fowleri ein. Während der Arsenbehandlung verminderte sich die Menge des Ausschlages nicht im geringsten, doch wurde nach Aussage des Patienten die Farbe dunkler und vermehrte sich die Schuppung. Jucken und andere irgendwie unangenehme Empfindungen waren während des ganzen Krankheitsverlaufes nicht wahrzunehmen. Das Allgemeinbefinden blieb befriedigend; nur wurde der Kranke im Banne des bedrückenden Gedankens, daß er an Syphilis leide, nervöser und reizbarer.

Aus der Vergangenheit des Kranken kann man folgendes hervorheben. Er war in einem Dorfe geboren und unter guten materiellen Verhältnissen aufgewachsen (der Vater Geistlicher). Im Alter von fünf Jahren hatte er Masern (in leichter Form und ohne Komplikationen). An anderen Infektionskrankheiten des Kindesalters litt er nicht. Seitdem er seiner bewußt ist wuchs er bis zum 13. Jahre als schmächtiges, sehr für Erkältung empfängliches Kind heran und litt oft an Angina. Vom 13. Jahre an erfreute er sich einer befriedigenden Gesundheit. Die Schule besuchte er vom 10. Jahre an, lernte gut.

Anzeichen schlechter erblicher Belastung sind nicht vorhanden. Der Vater ist 47 Jahre alt und ganz gesund. Die Mutter, 38 Jahre alt, ist nervös und leidet an Magenkatarrh. Die Familie zählt neun Kinder: unser Kranker ist das vierte. Am

[1]) Rille, XXI. Kongr. f. inn. Med., S. 571, Anm.

Digitized by Google

Leben sind fünf Kinder (inkl. den Kranken), davon leidet die jüngere Schwester an Chlorose; drei Brüder sind ganz gesund. An Hautkrankheiten litt keiner der Verwandten. Im Verwandtenkreise weder Tuberkulöse, Syphilitiker, Nerven- oder Gemütskranke, noch Alkoholiker.

Bei Untersuchung des Kranken ergab sich folgendes. Ein übermittelgroßes hageres Subjekt. Die Haut an den gesunden Stellen bräunlich, trocken; Schweißausscheidung normal. Das Streichsymptom ist deutlich ausgedrückt und hält sich lange, zirka fünf Minuten; keine Urticaria factit., Aufkratzungen, Furunkel fehlen. Das Skelett ist normal entwickelt, Muskulatur und subkutane Fettschicht schwach. Die Konjunktiva und sichtbaren Schleimhäute sind blaß gefärbt.

Die Hals- und Unterkieferlymphdrüsen sind beiderseits etwas vergrößert und verhärtet, die übrigen normal. Die Schilddrüse nicht vergrößert.

Die Hautveränderungen nehmen im allgemeinen fast den ganzen Körper ein; intakt bleiben nur die behaarte Kopfhaut, das Gesicht, die Vorder- und Seitenteile des Halses, die Handteller, die Sohlen und die Genitalgegend. Auf der hinteren Oberfläche des Halses, dem oberen Teile der Brust, auf dem Rücken, auf den Streckseiten der Hände und der Füße ist der Ausschlag verhältnismäßig spärlich, dagegen auf den Seitenteilen des Brustkorbes (besonders links), auf dem Bauch und den Extremitäten sehr reichlich, wobei die Beugeseiten bedeutend stärker als die Streckseiten betroffen sind.

Der Ausschlag zeigt einen gewissen Polymorphismus und setzt sich aus dreierlei Arten von Elementen zusammen.

1. Die Frühelemente des Ausschlages erscheinen in Form kleiner — von der Größe eines Hirsekornes oder nur etwas größer — flacher Erhöhungen von lebhaft rosa Farbe, runder oder ovaler Form, teilweise scharf begrenzt, teilweise mit verschwommenen Konturen; bei Drücken mit einer Glasplatte verschwinden sie vollständig, ohne Pigmentation zu hinterlassen. Diese Bildungen erhöhen sich sehr wenig über dem Niveau der umringenden normalen Haut und geben bei Tasten nicht den geringsten Eindruck einer Infiltration, sie verschwinden sozusagen unter dem Finger; ihre Oberfläche ist glatt, glänzend; Schuppung macht sich sogar bei energischem Schaben nicht bemerkbar, wobei diese Prozedur eine ziemlich starke, lang anhaltende Hyperämie der umringenden Haut hervorruft, und auf dem roten Hintergrunde vertuscht sich der Ausschlag und wird ununterscheidbar. Im allgemeinen erinnern die eben beschriebenen Anfangselemente des Ausschlages sehr an sogenannte „Roseola elevata".

2. Weitere Entwicklungsstufe des Ausschlags stellen flache Knötchen von bräunlich- oder violettroter Farbe, von runder oder ovaler, seltener polygonaler Form dar, von der Größe eines Stecknadelkopfes bis Linsengröße. Diese Knötchen erhöhen sich sehr wenig über dem Hautniveau, sind auf Betastung etwas härtlich, jedoch sehr schwach infiltriert; bei Diaskopie entfärben sie sich nicht vollständig: die rosa Farbe verschwindet, die bräunliche verbleibt. Die jüngeren Herde sind scharf begrenzt, haben eine glatte, glänzende Oberfläche und schuppen nicht; bei Schaben jedoch läßt sich mit einiger Anstrengung ein dünnes durchsichtiges Schüppchen abziehen. Die reifen Knötchen haben etwas verschwommene Umrisse und matteren Glanz. Die Schuppe, welche fast ihre ganze Oberfläche bedeckt, ist an den Rändern meistenteils etwas abgelöst, in Art eines zarten weißlichen Kränzchens; in der Mitte aber hält sie sehr fest. Nach Entfernung der Schuppe erscheint eine glänzende, gelblichrosa (lachsfarbige), etwas feuchte Oberfläche, welche noch leicht über dem Hautniveau erhaben ist. Punktförmige Blutung, wie bei Psoriasis, ist nicht zu beobachten, doch entstehen leicht kleine Blutergüsse (Purpura) in der Hautdicke, welche bei Druck nicht verschwinden.

3. Im Stadium der Rückentwicklung haben die Effloreszenzen das Aussehen

Digitized by Google

von bräunlichen, flachen, quasi-papulösen Bildungen von Linsengröße und größer, von runder oder unregelmäßiger Form mit unscharfen Konturen; diese Scheinknötchen sind leicht über dem Hautniveau erhaben, weisen auf der Oberfläche zarte kleienförmige Schuppung auf und fühlen sich etwas hart an. Bei Schabung ergibt sich, daß die Anhäufung der Schüppchen viel reichlicher ist, als es dem ersten Anschein nach aussieht. Nach Entfernung der Schuppen erscheint eine bräunlichrote, ganz trockene Oberfläche, welche entweder im Niveau der umringenden Haut oder sogar etwas niedriger liegt. Punktförmige Blutung ist nicht vorhanden; Purpura ist nicht überall hervorzurufen. Demnach hängt das quasi-papulöse (oder richtiger papulo-squamöse) Aussehen der Herde nicht von deren Infiltration ab, sondern von Verdickung und Lockerung der Hornschicht: durch Anhäufung der Schüppchen wird der eigentliche, leicht atrophische Zustand der Hautveränderungen maskiert. Stellenweise jedoch ist die Schuppung gering, und dann haben die Effloreszenzen das Aussehen bräunlicher Flecke mit mehliger Oberfläche, welche in dem Hautniveau liegen.

Elemente der beschriebenen drei Kategorien sind miteinander ohne jegliche Anordnung vermischt; dabei konfluieren sehr oft mehrere Herde miteinander, Streifen, Zickzacke, Ringe u. dgl. bildend. Auf den Stellen, wo der Ausschlag am reichlichsten ist (besonders auf den Beugseiten der Extremitäten und teils auf der linken Hälfte des Rumpfes), entsteht durch Konfluenz dieser Figuren eine Art dichtes Netzwerk, in dessen Maschen Inselchen gesunder Haut einverleibt sind. Diese Netzartigkeit und Mannigfaltigkeit der Farbennuancen — von zartrosa bis rotbraun und rotviolett —, verleiht der betroffenen Haut ein ganz eigenartiges, gesprenkeltes, marmoriertes Aussehen. Die rote und rotbräunliche Farbe ist auf den oberen Extremitäten und auf dem Rumpfe vorherrschend, die violette auf den unteren Extremitäten. Eine Vorzugslokalisation des Exanthems in den Follikeln ist nicht bemerkbar; die Flaumhaare sind überall erhalten.

Subjektive Störungen fehlen. Leichtes Jucken erscheint auf kurze Zeit nur bei Temperaturveränderung, z. B. bei Erwärmung des Körpers im Bette.

Die Nägel sind normal, die Schleimhäute unverändert.

Seitens der inneren Organe sind keinerlei pathologische Veränderungen zu vermerken. Die Patellarreflexe sind etwas erhöht, die Pupillenreflexe normal. Die elektrische Reizbarkeit der Muskeln ist normal. Alle Arten des Hautgefühls sind vollständig normal, wie auf den gesunden, so auch auf den betroffenen Stellen. Der Augenboden weist keine Abweichung von der Norm auf.

Die Blutuntersuchung ergab folgendes: Hämoglobin 97% (nach Gowers), rote Blutkörperchen 5125000, weiße 8000 (morgens, bei nüchternem Magen), Verhältnis der Formelemente 640 : 1.

Wechselbeziehung der Leukozyten	Neutrophile	77,2 %
	Lymphozyten	18,3 %
	Übergangsformen	3,1 %
	Eosinophile	1,4 %
		100,0 %

Der Harn zeigt keine Abweichung von der Norm.

Das Allgemeinbefinden befriedigend. Temperatur des Körpers 36,8—37,0° am Morgen und 36,9—37,0° am Abend. Körpergewicht bei Eintritt 62,5 kg.

Der Kranke verblieb in der Klinik 70 Tage (ließ sich 19. IV. ausschreiben). Das Verfolgen der Entwicklung der Ausschlagselemente ergab, daß das erste, erythematöse Stadium ziemlich schnell (nach 2—3 Tagen) in das papulöse übergeht. Die Blüten-

Digitized by Google

periode der Papel dauert 10—12 Tage, und dann fängt der Ausschlag an sich abzuschuppen (ungefähr 15—20 Tage) und verschwindet endlich spurlos. (Die erste Zeit darauf bildet die Epidermis auf den Stellen, wo der Ausschlag sich befand, bei seitlichem Drücken leicht zarte Falten, aber später verschwindet auch dieses, einen leicht atrophischen Zustand der Haut bezeichnendes Symptom.) Der Ausschlag entsteht ohne Unterbrechung: kaum daß die reiferen Herde sich abschuppen, erscheinen frische an ihrer Statt.

Bei dem Kranken wurde die WASSERMANNsche Reaktion wiederholt (Dr. N. A. TSCHERNOGUBOW), wiederum mit negativem Resultate. Die Tuberkulininokulation nach v. PIRQUET ergab zuerst auch negatives Resultat (es wurde unverdünntes Tuberkulintest von CALMETTE angewendet); nach einiger Zeit (17. III.) wurde die Tuberkulinprobe nach v. PIRQUET wiederholt, wobei KOCHS Alttuberkulin (TAK. „Hoechst") in Verdünnung 50%, 30% und 15% inokuliert wurde. Diesmal war das Resultat stark positiv, nach zwölf Stunden bildeten sich an allen Impfstellen (auf der rechten Schulter) kleine grellrote Papelchen, welche am zweiten Tage Erbsengröße erreichten und sehr lange anhielten: nach drei Wochen war das Infiltrat noch deutlich nachweisbar und als der Patient die Klinik verließ (am 34. Tage nach der Impfung), noch nicht ganz verschwunden.

Die bakteriologische Untersuchung der Schüppchen, welche an verschiedenen Stellen von der Oberfläche der Effloreszenzen entnommen waren, ergab Fehlen pathogener Pilze; in den Kulturen auf Nährboden von SABOURAUD und Blutserumagar wuchsen nur Staphylokokken.

Zwecks histologischer Untersuchung wurden zwei Hautstückchen entnommen: 1. von der inneren Oberfläche des rechten Vorderarms, zwei Elemente enthaltend, primäres und regressierendes (die Wunde wurde mit zwei Ligaturen vernäht); 2. von der vorderen Oberfläche des oberen Drittels des linken Oberschenkels, drei Elemente enthaltend, zwei reife und ein regressierendes (vier Nähte wurden aufgelegt). (Die Resultate der mikroskopischen Untersuchung sind unten angeführt.) — Die Nähte wurden am sechsten Tage abgenommen, die Heilung erfolgte per primam, doch das weitere Geschick der biopsierten Stellen war sehr merkwürdig. Auf den Schnittstellen und Ligaturstichen fing ungefähr nach $1^1/_2$ Wochen nach Abnahme der Nähte ein Infiltrat sich zu bilden an, und nach einiger Zeit entstanden flache, ziemlich derbe Keloide, welche zum Anfang April ihre größte Entwicklung erreichten und zu wachsen aufhörten. So bildeten sich auf dem Oberschenkel ein ovales Keloid von $2^1/_2 \times 1^1/_4$ cm, und rechts und links davon je vier kleinere, von Linsengröße, auf dem Vorderarm ein Keloid von $1^1/_2 \times 1$ cm, und an seinen Seiten je zwei kleine, auch von Linsengröße.

In der Klinik erhielt der Kranke 35 Injektionen von 1% Natr. arsenicos., außerdem wurden warme Bäder und Schmierungen der Haut mit indifferenten Salben (z. B. Lanolin + Vaselin alb. american. āā) angewendet. In den letzten zwei Wochen bekam der Kranke folgendermaßen modifizierte UNNAsche Salbe: Rp.: Hydrarg. bichlorat. 0,25, Phenoli puri 6,0, Zinci oxydati 20,0, Ungt. Cetacei 150,0, Ol. Amygdal. dulc. 50,0, MDS. Salbe.

Unter dem Einflusse der Bäder und der Salben wurde die Schuppung weniger bemerkbar, aber irgend welche wesentliche Veränderungen im Gange des Hautprozesses während der Behandlungszeit sind nicht anzumerken. Die Periode der Ausschlagsevolution wurde zwar etwas kürzer (Arseneinfluß?), jedoch erschienen frische Effloreszenzen unaufhörlich, und die Menge des Ausschlages verminderte sich nicht im geringsten.

Die entnommenen Hautstückchen wurden mit Formalin (10%) fixiert und in Zelloidin eingebettet; die Schnitte wurden mit Hämatein-Eosin, Saffranin-Pikrinsäure, mit polychromem Methylenblau, nach VAN GIESON, nach WEIGERT (auf elastischen Stoff), nach GRAM und nach ZIEHL gefärbt.

Digitized by Google

Die histologische Untersuchung der Schnitte ergab, daß die krankhaften Veränderungen sich fast ausschließlich auf die Epidermis und Papillarschicht beschränken. Der Charakter der Veränderungen ist im allgemeinen überall ziemlich einförmig, jedoch ist ihre Intensivität an verschiedenen Stellen verschieden, gemäß des Reifegrades der Ausschlagselemente. (Schluß folgt.)

Konzentrierte intravenöse Salvarsaninjektionen.

Von

Dr. Artur Strauss, Barmen.

Zahlreiche Anfragen, die sich auf meine Veröffentlichung in Nr. 14 dieser Wochenschrift beziehen, veranlassen mich zu folgenden Ergänzungen:

1. Die konzentrierten intravenösen Injektionen eignen sich weit mehr für das Neosalvarsan als für das alte. Konzentrierte sauere Lösungen des Altsalvarsan sollten überhaupt vermieden werden, weil sie Lungenthrombosen veranlassen könnten. Über konzentrierte alkalische Altsalvarsanlösungen, die wohl zuerst von Fehde-Berlin empfohlen wurden, schreibt mir Exz. Ehrlich, daß sie in Frankfurt nachgeprüft seien, und daß es scheine, als ob sie mit mehr Nebenwirkungen verbunden wären.

2. Zur Herstellung der Neosalvarsanlösungen benutze ich unmittelbar vor jeder Injektion im Erlenmeyer-Kolben abgekochtes Leitungswasser. Dieses wird in ein sterilisiertes Glasgefäß gegeben, dann schüttet man das Neosalvarsan auf das Wasser, das sich in kurzer Zeit auflöst.

3. Die Vorteile dieser Methode sind die folgenden: Die Rolle des Wasserfehlers wird auf ein Minimum herabgesetzt. Die Verunreinigung durch größere Glasgefäße und durch die Gummischläuche wird ausgeschaltet. Die Berührung der Lösung mit der Luft wird eingeschränkt. Die Zeit wird erheblich abgekürzt, die Technik außerordentlich vereinfacht.

4. Selbstverständlich lassen sich die konzentrierten intravenösen Neosalvarsaninjektionen von Geübten auch mit jeder gewöhnlichen Nadel vornehmen.

5. Auch meine weiteren Erfahrungen sind durchaus günstige. Die therapeutischen Erfolge scheinen mir durchaus mit den mit Infusionen erzielten übereinzustimmen. Dagegen scheinen die Folgeerscheinungen (Fieber, Übelkeit, Erbrechen usw.) geringer und seltener zu sein.

Erst nachdem meine Veröffentlichung in Nr. 14 dieser Wochenschrift erschienen war, habe ich erfahren, daß schon vor mir Ravaut und Duhot über eine ähnliche Art der Einverleibung des Salvarsans berichtet haben.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 115, Heft 6, März 1913.

Über eine eigentümliche Mißbildung der Gesichtshaut und der Augenlider, von Franz Schnabl-Prag. Die bei einem sieben Wochen alten Kinde vorgefundene Mißbildung besteht der Hauptsache nach in einer Bildung von runzelförmigen Hautwülsten auf der Stirn und einem insuffizienten Lidschlusse, bedingt durch rudimentär entwickelte Lider. Infolge der etwas prominenten Augen, der kurzen, ungewöhnlich breiten Nase und der nach vorn gerichteten Nasenlöcher, des auffallend breiten Mundes und der Retrognathie des Unterkiefers erinnert das Gesicht an den Kopf eines Schafes. Auffallend ist ferner eine starke Hypertrichosis von über 1 cm langen, feinen Härchen. Wassermannsche Reaktion negativ, Schilddrüse normal. Vererbung mit Ausnahme der Hypertrichosis nicht nachzuweisen. W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Centralblatt.

Bd. 16, Heft 6, März 1913.

1. Teilweises Ergrauen der Haare nach Trauma, von Franz Fischer-Düsseldorf. Nach einem Unfall, bei dem ein Arbeiter an die Welle einer Transmission geraten war und einen Schlag an die linke Kopfseite bekommen hatte, verfärbten sich stellenweise an der getroffenen Stelle einige Haarbüschel und wurden in drei Wochen völlig weiß. Diese Ergrauung nahm schnell an Umfang zu, und es schloß sich innerhalb von sechs Wochen eine Weißfärbung der linken Augenbraue sowie des Schnurrbartes der linken Seite an. Diese Poliosis entsprach genau der Ausbreitung der Hautendigungen des Trigeminus. Verfasser nimmt eine trophoneurotische Störung infolge direkter Verletzung eines Hautnerven an.

2. Über Jodipindarreichung, von Edmund Hoefler-Bad Tölz. H. empfiehlt Jodipin in Form glutäaler Injektionen; er nimmt dazu eine 10 ccm Spritze mit aufgesetzter mittelgroßer, etwa 10 cm langer Einstichnadel, deren Hohlraum nicht zu eng sein soll, und injiziert jeden zweiten Tag 10 oder 25%iges Jodipin in der Sakral- oder Perinealgegend entlang einer Linie, die den Abfall der beiden Glutäalhügel in die Analfurche bezeichnet.

3. Die Pathogenese und Therapie der blennorrhoischen Epididymitis in ihrer Entwicklung bis zum heutigen Stande der Wissenschaft, von Carl Schindler-Berlin. Fortsetzung. W. Lehmann-Stettin.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

Bd. 54, Nr. 1, 1913.

Diese Nummer enthält den Bericht über die 14. Zusammenkunft der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie in Rom am 17. und 18. Dezbr. 1912.

Über die Purpura annularis teleangiectodes (Majocchi), von Pasini. Typischer Fall dieser Erkrankung bei einem 18jährigen jungen Manne mit negativem Wassermann, negativer Kuti- und Intradermoreaktion. Die Hautkrankheit war charakterisiert durch erithematös-teleangiektotische und hämorrhagische Flecke, die in annulärer Anordnung an den Füßen, den Unterschenkeln und Oberschenkeln lokalisiert waren und sich langsam unter Zurücklassung gelbpigmentierter Zonen ohne Atrophie zurückbildeten.

Digitized by Google

Tierimpfungen, die mit exzidierten und zerstoßenen Hautpartikelchen ausgeführt wurden, verliefen negativ. Histologisch bestand die Hautveränderung in einer infiltrativen Phlebitis mit Proliferation der Intima und Verstopfung des Gefäßes bei einer Vene der Kutis in einer Effloreszenz und einer Vene der tiefen Subkutis in der zweiten. Außerdem bestanden Zellinfiltrate um viele Gefäße des Rete der Kutis und des subpapillären Gefäßnetzes, ohne daß es aber möglich war, wie eben die Venen von den Arterien zu unterscheiden. Neben der Phlebitis der tiefen Gefäße fand sich eine stark ausgeprägte Hypertrophie der Muskularis der entsprechenden Arterien. In der subpapillären Kutisschicht bestand außerdem eine Dilatation aller Gefäße mit wahrer Aneurysmabildung, hyaline Degeneration der Muskelfibrillen der kleinen Gefäße mit Dissoziation der Zellelemente ihrer Wandung, Serumimbibition und Austritt roter Blutkörperchen ins Bindegewebe des Papillarkörpers und ins Kollagen der Kutis, außerdem Proliferation der Kapillaren um die Haarfollikel und Dissoziation der Fibrillen der Musculi arrectores pili mit spiralischer Deformation der Kerne. Das elastische Gewebe und die Hautadnexe waren normal.

Cutis verticis gyrata, von Pasini. Mitteilung eines typischen Falles bei einer 65jährigen Frau. Dieselbe hatte außer einer Phthiriasis corporis et capillitii keine weitere Erkrankung, hatte einen reichlichen Haarwuchs mit feinen, weichen Haaren und wies auf der Scheitelgegend und deren seitlicher Umgebung viele Anschwellungen der Haut auf, welche eine konvexe Oberfläche und eine runde Basis von 2—3 cm Durchmesser hatten und voneinander durch tiefe Furchen getrennt waren. Histologisch war besonders eine Hyperplasie des Bindegewebes des Papillarkörpers und der oberen Kutisschichten mit Proliferation der Blutgefäße und leichter entzündlicher Infiltration nachzuweisen. Diese Veränderungen waren auf die vorspringende Oberfläche der Intumeszenzen beschränkt und erklärten diese zur Genüge. Hier waren auch die Haarfollikel seltener und schienen auseinandergezogen, während sie in der Tiefe der Furchen aneinandergedrückt waren. Die Talgdrüsen waren überall normal und schienen nur in den Furchen etwas atrophisch. Der vorliegende Fall ist der erste bei einer Frau beobachtete.

Experimentelle Untersuchungen über die Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen nach intravenösen Salvarsaninjektionen, von F. Simonelli. Der Verfasser fand, daß das Salvarsan außer der Wirkung auf Spirochäten noch eine nachweisliche therapeutische Wirkung entfaltet, insofern als es auf endovenösem Wege in mittleren und wiederholten Dosen verabfolgt, nicht nur die Entfernung der verbrauchten Stoffe aus dem Blute, sondern auch die Neubildung der roten Blutkörperchen begünstigt. Deshalb geben bei der Malaria, wo es auf eine rasche Zerstörung und gleichzeitige Neubildung von roten Blutkörperchen ankommt, mittlere, öfters wiederholte Salvarsandosen die besten Resultate.

Zur Frage der sogenannten menschlichen Botryomykose, von F. Simonelli. Erbsenförmiger Tumor von dunkelroter Farbe, die Oberfläche mit einer Kruste bedeckt, an der Unterlippe bei einer 30jährigen Frau. Mikroskopisch waren die oberflächlichen Tumorschichten aus dicht aneinandergelagerten, zahllosen Leukozyten zusammengesetzt, welche in einer amorphen, schwer färbbaren Grundsubstanz lagen, die viele Bakterien enthielt. Die Mitte des Tumors war von einer großen Anzahl kleinster Gefäße eingenommen, so daß an manchen Stellen das Bild eines Angioms vorgetäuscht wurde. Es konnten nur gelbe und weiße Staphylokokken aus dem Tumor gezüchtet werden. Tierimpfungen verliefen negativ.

Beitrag zum Studium des Pseudomilium colloidale, von C. Lombardo. Stecknadelkopfgroße, vesikelartige, gelb durchscheinende, teils runde, teils gewellte glänzende

Digitized by Google

Erhebungen von weicher Konsistenz, aus denen beim Eröffnen eine weiche, gummiartige Masse entleert werden kann. Sie saßen im Gesicht und den Rändern der Unterlider eines 19jährigen Mannes. Die umgebende Haut war normal, höchstens von einigen Angiektasien durchzogen. Mikroskopisch fanden sich in der Epidermis vorspringende Kollagenzapfen in Degeneration begriffen, darunter eine kolloide Substanz mit Übergangsformen zwischen ihr und den kollagenen Fasern. Die elastischen Fasern der Umgebung waren erhalten, fehlten aber in der Kolloidmasse selber.

Eigentümliche Elastinbildungen zwischen Riesenzellen in Fällen von Lepra, von C. Lombardo. Der Verfasser beschreibt Riesenzellen, welche einen Elastinanschluß in Form von sternförmigen (asteroiden) Körpern enthalten. Es handelt sich dabei nicht um auf phagozytärem Wege in die Zelle gelangten Fremdkörper, sondern um ein abnormes Produkt der aus einer fixen, elastische Fasern bildenden Bindegewebszelle hervorgegangenen Riesenzelle. Dalla Favera-Bologna berichtet kurz über einen Fall von Erythema induratum, der atypisch in Verteilung und Aussehen der Effloreszenzen war (orbikuläre Form mit Resorption im Zentrum und exzentrischem Fortschreiten). Histologisch zeigte sich eine Tuberkelstruktur, Bazillen wurden nicht gefunden, jedoch fiel die Tierimpfung auf Meerschweinchen positiv aus.

Resultate, die mit der intraperitonealen Impfung von Lepromemulsion bei Kaninchen erhalten wurden, von G. Verrotti. Von vier geimpften Tieren traten bei dreien Erscheinungen auf, welche teils in der Bildung eines großen Peritonealknotens, teils eines Knötchens in der Leber, teils von kleinen Knötchens in der vorderen Augenkammer bestanden, und zwar letzteres bei einem Tier, bei welchem ein Jahr vorher in dieselbe Augenkammer lepröses Material gespritzt worden war, was damals Anlaß zu einer später resorbierten, entzündlichen Reaktion gegeben hatte. Die Wassermannsche Reaktion, die vorher negativ gewesen war, wurde im Anschluß an diese Läsionen positiv.

Folliculitis atrophicans der unbehaarten Teile, von M. Truffi. Die Läsionen bestanden an den unteren Extremitäten in Form von breiten Herden, in deren Zentrum an Stelle der früheren Follikel kleine narbige Depressionen sich fanden, während die Peripherie, die unregelmäßig polyzyklische Konturen aufweist, viele papulöse und pustulöse Effloreszenzen enthält, welche ausschließlich an den Follikeln lokalisiert sind. Mikroskopisch handelt es sich um eine langsame perivasale Entzündung um die Follikel, welche sich durch Lymph- und Plasmazelleninfiltration zu erkennen gibt. Hervorzuheben sind schwere Veränderungen des elastischen Gewebes in der Umgebung der tiefen Teile der Follikel.

Über einen Fall von Mycosis fungoides, von G. Verrotti. Aus seinen histologischen Untersuchungen des vorliegenden Falles schließt der Verfasser folgendes: Die Läsion ist ein Granulom mit vorwiegend lymphoidem Charakter, welches nicht in die Gattung der Lymphodermie oder der primären Blutkrankheiten eingereiht werden darf. Es fehlen auch die Veränderungen des lymphopoietischen Systems und der Leukozytenformal. Es ist zu erwarten, daß ein toxisch-infektiöses Moment ätiologisch in Betracht kommt, was schon aus der histologischen Ähnlichkeit mit Granulomen von bekannter Ätiologie (Lupus vegetans) geschlossen werden kann. Wahrscheinlich kommt das pathogene Agens nicht von außen in die Haut, sondern auf dem Wege der Blutbahn, was aus dem anfangs um die Gefäße stärker entwickelten Zellinfiltrat hervorzugehen scheint. In histologischer Beziehung kann die Krankheit in keiner Weise von anderen vegetierenden Granulomen unterschieden werden. Die Diagnose kann nur klinisch gestellt werden. Therapeutisch geben die Röntgenstrahlen die besten Resultate.

Digitized by Google

Ein neuer Fall von Boubas brasiliana oder Bredascher Krankheit, von G. Verrotti. Der vorliegende ist der sechste in der Klinik von Neapel beobachtete Fall. Die Hauptläsionen bei dem 49jährigen Manne, der 13 Jahre in Brasilien zugebracht hatte, bestanden in vegetierenden Massen am weichen Gaumen und am Pharynx. An der Haut fand sich außer einer knorpelharten Infiltration im Sulkus, die sich auf spezifische Behandlung nicht besserte, und einigen Narben nichts Abnormes. Neosalvarsan erwies sich als vollkommen unwirksam auch den Gaumenläsionen gegenüber. Die Wassermannsche Reaktion war negativ. Aus den Gaumenläsionen konnten sichere Leishmansche Körperchen nachgewiesen werden.

Die Bedeutung der Pathogenese für die Therapie des Lupus, von E. A. Engel. Der Verfasser weist darauf hin, daß sehr oft eine primäre Ursache für den Hautlupus vorhanden ist, ohne deren Beseitigung die Heilung desselben nicht gelingt. So geht oft der Lupus von tiefer liegenden Knochen- oder Gelenkherden, von Lymphdrüsen auf dem Wege einer Lymphangitis, von tuberkulöser Tonsillitis oder von tuberkulösen Nasenerkrankungen aus.

Hyperkeratosis punctata et striata cuniculiformis, von Vignolo-Lutati. Beschreibung eines Falles von kongenitaler Hyperkeratose, welche besonders an den Talg- und Schweißdrüsen ausgesprochen war. Der Fall gehört in das erweiterte Gebiet der Nävi.

Beitrag zum Studium der Hautreaktionen nach intravenösen Salvarsaninjektionen, von Vignolo-Lutati. Ein 31jähriger, seit einem Jahre an Syphilis erkrankter Mann, der mit periodischen Quecksilberkuren behandelt worden war, bekam wegen erosiven Papeln der Zunge und des Gaumens, die nach fünf Injektionen von je 0,1 g Kalomel nicht gewichen waren, eine intravenöse Injektion von 0,75 g Neosalvarsan in 200 ccm Aqua destillata. Nach sechs Stunden trat Fieber von 40° mit Kopfschmerzen und Delirien auf, die nach einigen Stunden wieder verschwanden. (Ein Wasserfehler konnte nicht in Betracht kommen, da ein anderer Kranker mit tuberkulösem Syphilid eine mit demselben Wasser hergestellte Salvarsaninjektion, ohne diese Erscheinungen zu bekommen, gut vertrug.) 24 Stunden nachher war der Kranke noch von Nausea, Vomitus, Diarrhoe und einem lästigen Pruritus gequält. Noch nach 48 Stunden, als diese Symptome sich wieder gelegt hatten, hatte der Kranke den für Arsenintoxikation eigentümlichen Atemgeruch. Acht Tage nach der Injektion traten an den Vorderarmen und Beinen pemphigusartige Blasen auf. Der Verfasser schließt aus diesem Fall, daß man nur mit kleinen Dosen anfangen und zwischen den einzelnen Dosen zur Vermeidung einer kumulativen Wirkung einen längeren Zwischenraum einschalten soll.

Die Hautkrankheiten in den Schulen von Pavia, von Ciuffo und Ossola. Im Jahre 1910—1911 wurden in Pavia 33 Fälle von Trichophytie, zwei Favus, zwei Skabies, viele Pedikulosen, vier Lupus vulgaris und vier Skrophuloderma, auch viele Fälle von juvenilen Warzen sogar in Form kleiner Epidemien, Ekzeme und andere Hautkrankheiten beobachtet.

Ein seltener Fall von Syphilis erythematosa nigricans, von De Amicis. Es handelte sich um einen Fall von syphilitischer Hauterkrankung auf dem Rumpf und den Gliedern eines 29jährigen Mannes, welche in konfluierenden braunschwarzen, das Hautniveau nicht überragenden Flecken bestanden. Es war offenbar eine erythematöse Form, die durch eine sehr starke Pigmentablagerung undeutlich wurde. Die Erscheinungen traten am Anfang der Sekundärperiode auf. Der Verfasser meint, daß vielleicht ein starker nervöser Choc ätiologisch bei dieser abnormen Pigmentablagerung eine Rolle gespielt hat.

Digitized by Google

Über einen eigentümlichen Fall von akutestem Ödem des Gesichts und der Genitalien, von Leonardo Martinotto. Es handelte sich um ein bei einem Soldaten plötzlich aufgetretenes Ödem mit seropurulenter Hautexsudation aus gänzlich unbekannter Ursache. Drei Monate vorher war dieselbe Erkrankung im Gesicht allein aufgetreten und in drei Tagen unter Umschlägen verschwunden.

Beitrag zum Studium der Neurorezidive, von J. Cappelli und A. Torrigiani. Die Verfasser teilen folgende sechs interessante Fälle mit:

1. Fall: 31jähriger Mann mit vollständig normalem Gehörsorgan. Syphilis seit vier Monaten. Er erhielt am 10. April 0,35 Salvarsan intravenös und am 18. April 0,6 intramuskulär. Am 9. August trat rechtsseitige Fazialisparalyse auf, die mit acht Sublimatinjektionen heilte.

2. Fall: 20jähriger Mann. Lues seit Mitte 1911. Damals 20 Sublimatinjektionen. Am 10. und 18. Dezember erhielt er je 0,3 Salvarsan. Am 14. Januar Kochlearis- und Vestibularisaffektion. Nach 25 Sublimatinjektionen verschwanden die Erscheinungen bis auf eine leichte Gehörsverminderung.

3. Fall. 30jähriger Mann, der schon früher an Gehörsstörungen gelitten hatte. Lues seit April 1912. Am 30. Mai erhält er 0,4 Salvarsan und vom 14. Juni an 18 Sublimatinjektionen. Acht Tage nach Beendigung dieser Kur, d. h. Ende Juli, traten plötzlich Schwindel, Gleichgewichtsstörungen und Tendenz nach rechts zu fallen, am 30. Juli völlige Taubheit und Fazialisparalyse nach rechts auf. Nach zwei Kalomel-, 16 Sublimat- und zehn Quecksilbersalizylatinjektionen war der Zustand im Dezember noch der gleiche.

4. Fall: 24jähriger Mann, der nie an einer Ohrenerkrankung gelitten hatte. Lues seit November 1911. Er erhielt damals 30 Sublimatinjektionen. Im Februar traten plötzlich nach Beendigung dieser Kur Schwindel, steigende Taubheit und Paralyse des gesamten Fazialis der rechten Seite auf. Es wurden nun wieder 30 Sublimat- und drei Kalomelinjektionen verabfolgt. Erst im Dezember 1912 trat langsam Besserung auf.

5. Fall: 30jährige Frau mit normalem Ohr. Lues seit Juli 1912. Am 25. August erhält sie 0,3 Salvarsan. Am 20. Oktober erschien eine rechtsseitige vollständige Fazialisparalyse, Verminderung des Gehörs und rechtsseitige Okulomotoriuslähmung. Auf eine Schmierkur besserten sich die Symptome.

6. Fall: 36jähriger Mann mit gesunden Ohren. Lues seit 1908. Er wurde seitdem regelmäßig mit intermittierenden Kuren behandelt. Im Mai 1911 bekam er kurz nach einer Serie von Quecksilberinjektionen Schmerzen im linken Ohr, Verminderung des Gehörs und Schwindel. Er erhielt dann 0,3 Salvarsan intravenös und fünf Kalomelinjektionen. Darauf trat im August eine Fazialisparalyse hinzu. Auf zwei weitere Salvarsaninjektionen verschwanden Schwindelgefühl und Paralyse des Fazialis und auch das Gehör wurde gebessert.

Beobachtungen über das Collessche Gesetz, von V. Montesano. Eine Frau war seit Jahren mit einem gesunden Mann verheiratet und hatte von ihm zwei gesunde Kinder. Dann trennten sich die Eheleute, und der Mann akquirierte eine Lues, die er vier Jahre lang gewissenhaft behandelte. Als nach dieser Zeit der Kranke von namhaften Spezialisten gesund erklärt wurde, kehrte derselbe wieder zu seiner Frau zurück. Dieselbe wurde bald schwanger. Da sie von der Krankheit ihres Mannes unterrichtet war, blieb sie in permanenter Beobachtung namhafter Dermatologen und Gynäkologen, die niemals etwas an ihr bemerkten. Das Kind wurde zur richtigen Zeit geboren, schien gesund, bekam aber nach einem Jahr epileptiforme Krämpfe und zeigte einen positiven Wassermann. Die Frau ließ sich noch vor ihrer Niederkunft definitiv von

Digitized by Google

ihrem Manne scheiden, wurde nach der Geburt als gesund und später als immun nach dem Collesschen Gesetz erklärt. Mehrere Jahre später zeigte sie trotzdem ein papulöses Exanthem an den Zehen und einen positiven Wassermann.

Brocqsche Pseudoarea, von M. Caruccio und V. Montesano. Es handelt sich um einen 30jährigen Mann mit nervöser Heredität, die einen einzigen alopezischen, atrophischen Herd an der Kopfhaut aufwies. Derselbe bestand schon seit der Kindheit und war nach intensivem Kratzen propter pediculos aufgetreten.

Die epitheliale Überkleidung der Heredo-Syphilitischen zeigt nicht dieselbe Resistenz wie diejenige normaler Personen, von R. Terzaghi. Versuche über Färbung und Konservierung von kleinen Epidermisstückchen Heredoluetischer im Vergleich zu gesunden Personen.

Wirkung einiger schaumiger Substanzen auf die Haut, von A. Galimberti. Hautstückchen, die mit geschlagenem Eiweiß mit Alkohol behandelt wurden, behielten längere Zeit ihr morphologisches Aussehen und zeigten sich der Zersetzung gegenüber resistenter als solche, die nur in physiologischer Kochsalzlösung gehalten wurden.

A. Gunsett-Straßburg.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Bd. 12, Nr. 12, Dezember 1912.

1. Beziehung zwischen der Salvarsaninjektion und der Wassermannschen Reaktion, von S. Akutsu, T. Okoshi und Y. Nakagawa-Tokio.

2. Über die Ursache des Salvarsan- und Quecksilberfiebers bei Syphilis, von S. Sasaki-Tokio.

3. Die Erfahrungen mit Hepatoxin nach Hori, von S. Yoshida-Nagano.

4. Fünf Fälle von Blasenkrebs, von J. Matsumoto-Osaka.

W. Lehmann-Stettin.

Folia Urologica.

Bd. 7, Nr. 7, März 1913.

1. Tuberkulose der Prostata, von Arthur Goetzl-Prag. Die Möglichkeit einer primären Tuberkulose der Prostata auf dem Wege einer instrumentellen Infektion ist nicht zu leugnen; meist allerdings erkrankt die Prostata sekundär, und zwar findet die Infektion entweder auf dem Wege der Blutbahn oder der Lymphbahn oder per kontiguitatem statt. Am häufigsten ist die Tuberkulose in der Zeit der sexuellen Aktivität, und hier gibt besonders die chronische Blennorrhöe der hinteren Harnröhre den Anlaß zur tuberkulösen Erkrankung.

Jeder Ausfluß, in dem sich von Anbeginn keine Gonokokken nachweisen lassen, oder wo im Anschluß an eine Blennorrhöe Gonokokken nicht mehr nachweisbar sind, und der trotzdem allen Behandlungsmethoden trotzt, erweckt den Verdacht auf Tuberkulose der Prostata und ist auf Tuberkelbazillen, eventuell mittels Tierexperimentes, zu untersuchen. Per rectum ist der Befund von harten, eckigen, schmerzhaften Knoten und Stellen, in die sich Dellen eindrücken lassen, für Tuberkulose der Prostata verdächtig. Nur radikale Behandlungsmethoden (Prostatektomie) führen therapeutisch zum Ziele.

2. Über Zysten der Harnblase, von R. Hottinger-Zürich. Mitteilung eines Falles einer kirschgroßen Zyste der vorderen Blasenwand, die Miktionsbeschwerden verursachte. Heilung durch Abtragung auf dem Wege der Zystotomie.

3. Die Zystoskopie 1906—1912, Übersichtsreferat von S. Jacobi-Berlin.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Annales des maladies vénériennes.

Bd. 8, Nr. 1, Januar 1913.

1. Giftigkeit des Neosalvarsans für das Nervensystem, von JEAN CAMUS. C., der bereits in einer früheren Arbeit experimentelle Versuche über die vergleichsweise Giftigkeit von Quecksilber, Hektin und Salvarsan veröffentlicht hat, hat in ähnlicher Weise Neosalvarsan geprüft und Hunden wie Kaninchen wechselnde Dosen in den Spinalkanal injiziert. Der stets prompt eingetretene Tod der Versuchstiere bestimmt ihn zu dem Schluß, daß zwischen der Giftigkeit des Salvarsans und des Neosalvarsans kein Unterschied besteht. Die Injektionsdosis betrug durchschnittlich $^1/_8$ mg pro Kilo Körpergewicht.

2. Rezidive nach Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von GAUCHER und LÉVY-FRANCKEL. Rezidive folgen nach Ansicht der Verf. einer Salvarsanbehandlung so häufig, daß man fast von einer gewissen Regelmäßigkeit sprechen kann, und zwar nicht nur in Fällen, die eine einmalige Injektion bekommen haben, sondern ebenso in Fällen, die intensiver Behandlung mit 6—12 intravenösen Injektionen unterzogen worden waren; ebenso primären Fällen, selbst mit noch negativem WASSERMANN, wie Fällen sekundärer und tertiärer Syphilis. Sie berichten ausführlich 52 selbstbeobachtete Fälle und geben eine Übersicht über ähnliche, in der Literatur niedergelegte Vorkommnisse, wobei sie besonderes Gewicht auf die Arbeiten legen, die der WASSERMANNschen Reaktion dabei Beachtung geschenkt haben, und andererseits Arbeiten, aus denen die Konsequenzen eines im Patienten unberechtigterweise hervorgerufenen Sicherheitsgefühles hervorgehen.

3. Arthropathien von tabischem Typus ohne Zeichen einer Tabes bei einem Syphilitischen, von MEAUX-SAINT-MARC und GOUGEROT. Es handelt sich um einen 34jährigen Menschen, der seit zwölf Jahren syphilitisch erkrankt war und seit vier Jahren kolossale Veränderungen beider Kniegelenke aufwies, mit enormer Volumenzunahme, seitlicher Bewegungsmöglichkeit, Schmerzlosigkeit, Krepitation usw.; die Röntgenuntersuchung ließ keine gröberen Veränderungen der Knochen erkennen, der WASSERMANN war negativ. Wegen der langen Entwicklungsdauer der Erkrankung, ihrer Symmetrie und der Abwesenheit einer Lymphozytose der Spinalflüssigkeit, schließlich auch der Wirkungslosigkeit einer Quecksilberkur, kommen die Verf. zum Schluß, daß es sich wahrscheinlich um chronisch-rheumatische Veränderungen bei einem Syphilitischen handelt.

Bd. 8, Heft 2, Februar 1913.

1. Über Albuminuria syphilitica praecox, von PIERRE THÉODORESCO-Bukarest. Verf. teilt ausführlich einen genau beobachteten Fall mit, bei dem ungefähr vier Wochen nach dem ersten Auftreten des Schankers, zugleich mit einer Roseola, einer spezifischen Angina und einem stark positiven WASSERMANN eine ziemliche Albuminurie ohne Zylinder festgestellt wurde. Der Fall gibt dem Verf. Gelegenheit, die einschlägige Literatur eingehend zu besprechen.

2. Die Kontagiosität des syphilitischen Spermas, von ARMANDO BUSINCO-Cagliari. Verf. berichtet einige, aus der Literatur zusammengetragene Arbeiten, die sich teils für, teils gegen die Möglichkeit, daß das Sperma Infektionsträger sei, aussprechen, und berichtet folgenden selbstbeobachteten Fall:

Die klinisch und serologisch vollkommen gesunde Frau eines syphilitischen Mannes abortiert im siebenten Monat und bekommt nach dem Tode des Mannes mit einem zweiten Gatten ein vollkommen gesundes Kind. Ähnliche Fälle will er viermal beobachtet haben. Ohne bindende Schlüsse hieraus zu ziehen, die ihm immerhin für eine Kontagiosität des Spermas zu sprechen scheinen, betont er, daß man die Möglichkeit paterner Übertragung

Digitized by Google

der Syphilis nicht ganz von der Hand weisen, und die Frage noch nicht als entschieden ansehen solle, solange unsere Kenntnisse über diesen Punkt nicht exakter sind.

3. Das Antigen bei der Wassermannschen Reaktion, von Desmoulière. Im Verfolg seiner, in früheren Arbeiten niedergelegten Untersuchungen über Cholesterin als Antigen hat Verfasser doch noch eine vollkommen künstlich hergestellte Flüssigkeit ohne Verwendung syphilitischer Extrakte gefunden, die die gleichen scharfen Resultate bei Anstellung der Wassermannschen Probe gibt und folgende Zusammensetzung hat: Reines Cholesterin 1,0 ccm, 0,5%ige Lösung von Lezithin in absolutem Alkohol 10 ccm, 3,7%ige Lösung von trockener Natronseife in 60%igem Alkohol 3 ccm, absoluter Alkohol ad 100 ccm.

4. Hyperostosen der langen Röhrenknochen bei hereditärer Syphilis, von A. Lévy-Bing und Louis Duroeux. In dem mitgeteilten Falle handelt es sich um ein 19 jähriges Mädchen, die wegen einer Blennorrhöe in Behandlung kam. Dabei wurden an Tibia und Ulna ziemlich ausgedehnte Knochenverdickungen, welche schon seit Jahren lanzinierende Schmerzen verursachten, festgestellt. Reproduktionen der Röntgenbilder sind der Arbeit beigegeben und zeigen ausgedehnte periostische und sklerotische Veränderungen, wie sie auch sonst berichtet worden sind. Der Wassermann war stark positiv; sonstige Anzeichen hereditärer Syphilis waren mit Ausnahme einer Mißbildung des Gaumens nicht nachweisbar. Der Zustand hat sich angeblich unter fortgesetzter kombinierter Quecksilber-Jodbehandlung bedeutend gebessert. W. Lehmann-Stettin.

Sexual-Probleme.

November 1912.

Über den sexuellen Präventivverkehr und seine Bedeutung als Ursache von Nervenleiden, von L. Löwenfeld. Der Verfasser bezeichnet jede Art der Kohabitation, bei der der natürliche Verlauf des Aktes in irgend welcher Form absichtlich geändert oder gestört wird, als einen Mißstand, weil er schon in dem Bewußtsein, daß die Befriedigung des geschlechtlichen Bedürfnisses nicht ohne Vorkehrungen gegen mögliche Folgen stattfindet, ein ungünstiges psychisches Moment für das Geschlechts- resp. Eheleben der Betreffenden sieht.

Der Verfasser sieht die immer größere Verbreitung, die der Präventivverkehr bei uns gefunden hat, als eine naturgemäße Folge unserer heutigen sozialen Verhältnisse an. Der Staat hat nun an der Ausbreitung dieses Mißstandes ein zwiespältiges Interesse, indem er auf der einen Seite im Interesse seiner Heeresmacht die Bevölkerungszunahme sehr wünschen muß, während er andererseits an dem Wohlstand seiner Bürger und an der körperlichen und geistigen Gesundheit der Neugeborenen interessiert ist; in dieser letzteren Hinsicht ist eine Beschränkung der Kinderzahl nicht nur in den Familien der wirtschaftlich Schwachen, sondern in allen Bevölkerungsschichten geboten. Trotz aller sozialen Bestrebungen in der Jugendfürsorge (Kinderhorte, Säuglingsheime, Erholungsstätten, Ferienkolonien usw.), die dazu gedient haben, die Säuglingssterblichkeit bedeutend herabzusetzen und die Gesundheit schwach Geborener zu festigen, kann nur die Beschränkung der Kinderzahl wirklich bessernd und gesundheitsfördernd für den Nachwuchs wirken; denn nur auf diese Weise wird die Kraft und Gesundheit der Mütter erhalten, welche ebenso wie die Qualität der Nachkommenschaft, durch zu rasch aufeinanderfolgende Geburten geschädigt wird, wenn auch die charitativen Maßnahmen oft sehr viel Gutes zu leisten vermögen.

Genug von diesen sozialen Betrachtungen; vom praktischen Gesichtspunkte aus wäre große Enthaltsamkeit am empfehlenswertesten, wenn dieselbe nicht schwer durch-

Digitized by Google

führbar und ganz frei von Gefahren für die Gesundheit wäre. Nach jahrelangen Beobachtungen ist Löwenfeld zu der Überzeugung gekommen, daß der Präventivverkehr allem Anschein nach bei beiden Geschlechtern nur relativ selten zu Gesundheitsschädigungen resp. nervösen Leiden führt, sondern daß diese letzteren mehr einer bestimmten Art der Präventivmaßregeln ihren Ursprung verdanken. Von den Präventivmaßnahmen, die für den Mann in Frage kommen, hat der Verfasser vom Gebrauche von Kondoms nie nachteilige Folgen gesehen; sehr verschieden liegt die Sache beim „Zurückziehen", es gibt Männer, die ohne nachteilige Folgen für ihre Gesundheit den Coitus interruptus 10—15 Jahre lang ausüben können, während andere schon nach weniger als einem Jahr über Nervosität klagen. Die chemische Industrie ist dauernd bemüht, für die Frauen immer neue antikonzeptionelle Mittel zu finden; man versucht, spermatozoentötende Mittel teils als Ovules, teils als Tabletten oder Pulver in die Scheide hineinzubringen; dieses Verfahren ist meist ganz unschädlich, was auch bei den mechanischen Mitteln, den Sicherheitsschwämmchen, der Fall ist, während die Okklusivpessarien leicht zu örtlichen Reizzuständen in der Vagina und zu Fluor führen. Von dem Gebrauch der Kondoms von seiten der Männer ist keine Gesundheitsschädigung der Frau zu befürchten, während der Coitus interruptus sehr leicht solche veranlassen kann; besonders wenn die Interruption infolge ungenügender Potenz des Mannes, den Orgasmus bei der Frau vor dem Zurückziehen auszulösen, bei bereits hochgesteigerter Erregung, aber vor der vollen Befriedigung der Frau erfolgt, so kann das zu einer Quelle oft schwerer nervöser Störungen führen. Denn während beim Manne nach dem Zurückziehen ein Abschluß der nervösen Erregung durch die Ejakulation gebildet wird, bleibt die Frau im Stadium höchster Erregung, ohne Befriedigung mit starker Kongestion des Uterus, die bei häufiger Wiederholung leicht auch zu lokalen Störungen führen kann.

Es folgt dann eine längere Beschreibung der am häufigsten nach dem Coitus interruptus beobachteten nervösen Störungen, z. B. leichter Melancholie und Angstzustände; Paranoia wohl nur post hoc, nicht propter hoc. Hervorheben möchte ich noch, daß die Erwartung der Patienten, daß die hervorgerufenen nervösen Störungen sich durch völlige Abstinenz schnell ausgleichen werden, meist getäuscht wird. Auf dieses Kapitel sowie über die vom Verfasser gestreifte Frage einer eventuellen Erkrankung des Sexualapparates (Prostata, Uterus, Blase) kann ich nicht näher eingehen. Während von einigen Gynäkologen zugegeben wird, daß das Zustandekommen von Myomen und eventuell auch maligner Tumoren durch längere Übung des Coitus interruptus begünstigt werden könne, bestreiten die meisten die Möglichkeit, daß Uteruskarzinome verursacht werden könnten, auf das entschiedenste.

Der Verfasser schließt damit, daß er der Hoffnung Ausdruck gibt, daß durch weitere Entdeckungen unschädlicher und billiger chemischer Mittel die Methode des Coitus interruptus immer mehr verschwinden wird.

Vom Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten, von H. Hübner-Marburg. Verfasser erkennt die Verdienste der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten an, und zwar durch die Mühewaltung, der sich die Gesellschaft in bezug auf die Aufklärung der heranwachsenden Jugend unterzieht. Trotzdem ist das Resultat immer noch ein wenig befriedigendes, da sich die Zahl der Geschlechtskranken sowohl absolut als relativ im Jahre 1910 vergrößert habe, und zwar wurden in Krankenhäusern Geschlechtskranke: 47479 (im Jahre 1909) gegen 54975 (1910) behandelt, und das Verhältnis zur Einwohnerzahl stieg von 12,16 auf 13,90 auf 10000 Einwohner. Die größere Verbreitung fand bei der Syphilis, statt und zwar um 7642 Fälle, das heißt 20 mal mehr als der vielgerühmte Abfall der Tuberkulosemortalität dank der sozialen

Digitized by Google

Fürsorge betrug. Die Zahl der Blennorrhöefälle war ungefähr dieselbe geblieben. Dringend bedauert der Verfasser das Scheitern eines Kurpfuschereigesetzes und ebenso die mangelhafte Ausbildung der jüngeren Ärzte; hier würde nur eine Besserung geschaffen werden, wenn die Dermatologie obligatorisches Prüfungsfach im Staatsexamen würde.

Lasch-Breslau.

Bücherbesprechungen.

Die Mißbildungen der Haut, von Bettmann, aus Schwalbe: Die Morphologie der Mißbildungen des Menschen und der Tiere. — Die Einzelmißbildungen. (Jena, Gustav Fischer.) Der allgemeine Teil beginnt mit instruktiven Ausführungen, welche die Schwierigkeiten einer befriedigenden Abgrenzung der „Mißbildung" beleuchten, einer „qualitativen" und einer „zeitlichen" Abgrenzung. Nach Schwalbes allgemeiner Definition haben wir als Mißbildungen der Haut die während der fötalen Entwicklung zustande gekommenen, also angeborenen Veränderungen der Morphologie des Organes zu betrachten, soweit sie außerhalb der Variationsbreite der Spezies liegen. Die Kapitel: Nävi, Zur Histopathologie der Haut und speziell der Nävi, Zur Ätiologie der Hautmißbildungen, Eigentümlichkeiten der Lokalisation, Die strichförmigen Nävi, Kombination von Hautanomalien, Kombination dieser mit solchen anderer Organe, Familiäres und hereditäres Auftreten, Hautanomalien bei Tieren, füllen den allgemeinen Teil aus. In dem speziellen Teil werden behandelt: Hypoplasie der Haut, Kongenitale Hautdefekte am Schädel, solche an anderen Körperstellen, Pseudoxanthema elasticum, Cutix laxa, Dermatolyse, Elephantiasis congenita, Elephantiasis congenita fibrosa und Morbus Recklinghausen, Bindesubstanzgeschwülste, Blutgefäße, Lymphgefäße, Pigmentanomalien, Verhornungsanomalien, Anomalien des Haarsystems, Talgdrüsennävi, Schweißdrüsenanomalien. Einem jeden Kapitel ist die Literatur angefügt, in welcher sich Bettmann mit einer erstaunlichen Belesenheit auskennt.

In Schwalbes grundlegendem, großem Werk war Bettmann mit die schwierigste Aufgabe zugefallen. Die vielen Einzelfragen in der Geschwulstpathologie der Haut mußten von neuem aufgerollt werden. Unbeschadet der hierdurch geschaffenen gegensätzlichen Auffassung des Lesers in vielen Punkten dürfte selten eine dermatologische Zusammenfassung so anregend und so befriedigend gewirkt haben wie das Bettmannsche Buch.

Delbanco.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Zweiter Teil. Die Geschlechtskrankheiten, von Ernst Finger. 7. wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1913.)

Das Fingersche Lehrbuch ist hinlänglich bekannt und geschätzt, als daß die vorliegende 7. Auflage einer besonderen Empfehlung bedürfte. Es erübrigt sich auch, darauf hinzuweisen, daß diese neue Auflage in jeder Beziehung allem Rechnung trägt, was die Neuzeit an Fortschritten in der Erkenntnis und Behandlung der Geschlechtskrankheiten gebracht hat.

Von ganz besonderem Interesse mag aber sicher für jeden Syphilidologen das Kapitel sein, welches diejenige Frage behandelt, welche in den letzten Jahren am meisten Staub aufgewirbelt hat, nämlich die Salvarsanfrage. Es mag deshalb gestattet sein, Fingers Standpunkt dem Salvarsan gegenüber kurz zu skizzieren. Im Interesse der Objektivität seien möglichst die Worte Fingers angeführt.

Zunächst die Dosierung und die Zahl der Salvarsaninjektionen. Über diese Frage

Digitized by Google

ist eine einheitliche Methodik nicht ausgearbeitet. Bei Erwachsenen gelten für intravenöse Injektionen Dosen von 0,3—0,4. „Auch über die Zahl der Injektionen, die Häufigkeit deren Vornahme sind die Meinungen geteilt. Zunächst hieß es, daß eine einzige Injektion genüge, um das große und stolze Werk ‚der Therapia magna sterilisans' zu vollführen, dann kam zu dem ‚Blattschuß' der ‚Rangschuß', und als auch die Jäger mit ihrem Latein zu Ende waren, wurde die Zahl der Injektionen immer größer. Und so stehen sich heute Empfehlungen von zahlreichen Injektionen bis zu zwei und drei in der Woche, von größeren und großen Dosen, von wiederholten Injektionen in wöchentlichen oder zweiwöchentlichen Intervallen, von zahlreichen Injektionen geringer Mengen gegenüber."

Was die Wirkung des Salvarsans anbetrifft, so erkennt Finger an, daß ihm zweifellos eine ganz hervorragende symptomatische Wirkung zukommt. „Diese prompte Wirkung des Salvarsans ist aber nur eine symptomatische. Eine volle Ausheilung ist mit dem Abheilen der Erscheinungen nicht erfolgt, einige Wochen oder Monate nach Abschluß der Behandlung kommt es zum Auftreten von Rezidiven als Beweis, daß die vielversprochene Sterilisatio magna nicht erfolgte."

Betreffs der Todesfälle nach Salvarsan äußert sich Finger folgendermaßen: „In einigen weiteren Fällen kam es im Anschluß an die Injektion zu epileptiformen Anfällen, Bewußtlosigkeit, zerebralen Lähmungserscheinungen, Tod nach mehreren Tagen, und die Sektion ergab den Befund einer Encephalitis haemorrhagica, deren toxische Natur Marschalko feststellte, indem er nachwies, daß den Hämorrhagien im Gehirne keine syphilitischen und toxisch degenerativen Veränderungen der Blutgefäße zugrunde liegen, und auch experimentell bei Kaninchen durch Injektion von Salvarsan klinisch und anatomisch dieselben Veränderungen erzeugen konnte."

Über die Neurorezidive hat F. folgende Ansicht: „Daß diese Erscheinungen (die Neurorezidive) luetischer Natur sind, ist ebenso sicher, als daß sie mit der Salvarsanbehandlung zusammenhängen. Dafür spricht die Zeit des Auftretens dieser Erscheinungen sechs bis acht Wochen nach der Salvarsaninjektion, dafür spricht die Häufung dieser Fälle in großer Zahl bei den mit Salvarsan behandelten Fällen überall dort, wo eine sorgfältige Evidenzhaltung des Materials (meine Klinik, Jadassohn, Spiethoff, Rille u. a.) stattfand." Es ist Finger zwar bekannt, daß auch früher solche Erkrankungen vorkamen. „Aber eine Häufung dieser Erscheinungen in der Art, wie dies bei den mit Salvarsan behandelten Patienten der Fall ist, ist ein absolutes Novum, wie heute von allen Syphilidologen von Erfahrung zugegeben wird. Die ziemlich allgemeine Auffassung des Zustandekommens dieser Neurorezidive ist also heute auch die, daß es sich um Erscheinungen einer provozierten Lues cerebri handelt, daß das Salvarsan jene toxischen Blutgefäßschädigungen setzt, welche für die Lues loci minoris resistentiae abgeben." An anderer Stelle erwähnt Finger übrigens, daß er das Salvarsan wie Hans H. Meyer und Gottlieb nicht als Nervengift, sondern als Blutgefäßgift auffaßt. Auch der Fall Herxheimers, der den Zerfall einer tuberkulösen Zervikaldrüse durch Salvarsan und daran anschließend Miliartuberkulose beobachtete, würde dafür sprechen, daß die stase- und hämorrhagieerregende Wirkung des Salvarsans und Neosalvarsans dann regelmäßig und stark zur Geltung kommt, wenn es sich um ein durch andere Reize in abnormen Zustand versetztes Stromgebiet handelt."

„Allen diesen Tatsachen gegenüber bemühen sich Ehrlich und Wechselmann das Salvarsan zu diskulpieren und alle die zahlreichen üblen Zustände auf andere Momente zurückzuführen. Unter diesen spielt der ‚Wasserfehler' eine große Rolle."

Die von Yakimoff und Kol-Yakimoff zur Unterstützung der Wasserfehlertheorie angestellten Versuche erkennt Finger nicht als stichhaltig an und fügt hinzu: „Tat-

Digitized by Google

sächlich findet auch der ‚Wasserfehler' nirgends Anklang und haben Stümpke, vor allem aber Marschalko, der selbst anfangs ein Anhänger des Wasserfehlers war, die absolute Unhaltbarkeit dieser Ansicht durch exakte Experimente bewiesen."

Er schließt: „Die ausschließliche Salvarsantherapie ist heute allgemein aufgegeben. Es wird allgemein eine Kombination mit Quecksilberkuren verlangt und dabei auf so energische Quecksilberbehandlung Gewicht gelegt, daß das Salvarsan auch bei jenen, die es noch häufig anwenden, immer mehr in den Hintergrund tritt und nur mehr ‚pour l'honneur du drapeau' verwendet wird. Die Anwendung in Kombination mit Quecksilber im primären Stadium zwecks Erzielens einer abortiven Ausheilung, die sehr spärlichen Quecksilberrefraktären und Lues maligna-Fälle gelten als wichtigste Indikation." A. Gunsett-Straßburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Indikanurie und die Chlorsalze, von John C. Warbrick-Chikago. (Med. Record, 26. Okt. 1912.) Eine Reihe regelmäßiger Untersuchungen an 25 Fällen, aus deren Resultaten irgend welche regelmäßigen Beziehungen zwischen den Chlorsalzen und Indikanurie nicht hervorgehen. W. Lehmann-Stettin.

Zunahme der Mortalität infolge Diabetes, von J. G. Wilson-Ellis. (Med. Record, 12. Okt. 1912.) Die Zunahme an Diabetes, wie sie sich in den Sterberegistern der Stadt New York ausspricht, eine Zunahme, die in den letzten 20 Jahren von 3‰ auf 10‰ gestiegen ist, ist, wie der Verfasser an einigen Zahlen nachzuweisen sucht, nur auf die Zunahme der jüdischen Bevölkerung zurückzuführen. Das Anwachsen der jüdischen Rasse in der Stadt New York zeigt eine Kurve, die vollkommen jener entspricht, die sich aus der Zunahme der Diabetes-Todesfälle konstruieren läßt.

W. Lehmann-Stettin.

Verschiedenes.

Die Generalversammlung der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** findet am 21. Juni in Breslau statt.

Der 11. Kongreß der **Internationalen Abolitionistischen Föderation** findet vom 9.—12. Juni zu Paris im Musée social statt. Verhandlungsthemen sind Reglementierung und Abolitionismus in ihrem Verhältnisse zu Moral, Recht und Hygiene, sowie die Bedingungen der Frauenarbeit und die Prostitution.

Im städtischen Krankenhause zu Marienbad ist eine urologische Abteilung unter der Leitung von Priv.-Doz. Dr. Hans Rubritius-Prag begründet worden.

Der bisherige a. o. Professor der Dermatologie Dr. Alfred Wolff in Straßburg i. E. wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

Dr. Théodore Perrin, Privatdozent für Urologie in Lausanne, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

10. Mai 1913 | Nr. 19 | Band 56

Das Ende der Parasyphilis.

Von

Prof. Dr. S. Pollitzer, New York.

(Übersetzt von Dr. A. Philippi, Bad Salzschlirf.)

Der von Noguchi gelieferte Nachweis von Spirochäten im Gehirn bei progressiver Paralyse beschließt ein hochinteressantes Kapitel in der Geschichte der Syphilis.

Schon kurze Zeit, nachdem die Tabes überhaupt als eine klinische Einheit erkannt worden war, hatte man auch das häufige Zusammentreffen des Leidens mit einer syphilitischen Anamnese namentlich infolge der Arbeiten von Romberg, Duchenne und Wunderlich, vor einigen 60 Jahren festgestellt. Aber erst die Veröffentlichung der Fournierschen Statistiken am Ende der siebziger Jahre führte zu einer eingehenden Besprechung der Frage von dem syphilitischen Ursprung der Tabes. Seit jener Zeit sind die Neuropathologen bis auf den heutigen Tag in zwei Lager geschieden gewesen, von denen das eine, hauptsächlich von Fournier und Erb geführt, daran festhielt, daß die Tabes eine Wirkung des syphilitischen Virus sei, während die Gegner unter der Führung von Charcot, Westphal und Leyden der Syphilis jede prädominierenden Rolle in der Ätiologie dieses Rückenmarkleidens absprachen.

1880 erschien Mendels Monographie über die Wechselbeziehungen zwischen der progressiven Paralyse und der Syphilis, worauf dann eine Wiederholung des in bezug auf Tabes geführten Kampfes einsetzte und einen ähnlichen geschichtlichen Verlauf nahm mit Bezug auf die Paralyse. Bei diesen beiden Krankheiten standen auf der einen Seite die überwältigenden Beweismittel einer sich auf Tausende von Fällen stützenden Statistik zugunsten eines innigen Konnexes mit der Syphilis und auf der anderen Seite als feindlicher Gegensatz der Mangel eines direkten Nachweises in Form von anatomischen Läsionen oder selbst der indirekten Schlußfolgerungen, welche aus einer erfolgreichen antisyphilitischen Therapie sich ergeben hätten.

Als eine Art Kompromiß zwischen den beiden Richtungen stellte man den Gedanken auf, daß die Tabes und Paralyse post- oder parasyphilitische Erkrankungen darstellten, welche nicht direkt durch die

Digitized by Google

Syphiliskeime hervorgerufen seien, sondern — in der Terminologie der aufblühenden bakteriologischen Wissenschaft, welche die Denkweise der Pathologen zu beherrschen anfing, ausgedrückt — die Wirkung des spezifischen Einflusses der Toxine der problematischen Luesorganismen auf gewisse Teile des Gehirns und Rückenmarks repräsentierten. Diese Auslegung wurde sehr beifällig aufgenommen, und als die Zahl der durch eine energische spezifische Therapie in ihrem Verlauf zum Stillstand gebrachten Fälle, namentlich was Tabes betrifft, erheblich zunahm, und als Erb und Nonne zeigten, daß im tabischen Rückenmark manchmal kleine Herde von ausgesprochen syphilitischem Bau sich vorfinden, und als ferner die Ergebnisse der Wassermannschen Reaktion bei diesen Affektionen des Zentralnervensystems den Resultaten der früheren statistischen Erhebungen weiteres Gewicht verliehen, da schien der Widerstand gegen die Lehren von Fournier und Erb im Schwinden begriffen zu sein.

Mit einem einzigen Schlage hat nun die Entdeckung von Spirochäten im Gehirn von Paralytikern den Staub einer 40jährigen Kontroverse weggefegt. Die Paralyse ist nicht ein indirektes Resultat der syphilitischen Infektion, sondern eine disseminierte Spirillose des Gehirns und Syphilis per se. An seinen von etwa 200 Fällen von progressiver Paralyse entnommenen Präparaten, von denen manche Schnitte sich nur mangelhaft gefärbt hatten, konstatierte Noguchi bei 48 Fällen — also annähernd bei 25% — das Vorhandensein von Spirochäten. Man kann mit Sicherheit prophezeien, daß dieser Prozentsatz sich noch kolossal steigern wird, wenn die Technik der Färbemethoden weitere Verbesserungen erfahren haben wird und genügend Zeit für die noch gründlichere Untersuchung von erkrankten Gehirnen verstrichen sein wird.

Es ist von Belang, darauf hinzuweisen, daß die von Noguchi berichteten positiven Befunde an Spirochäten in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei verhältnismäßig schnell verlaufenen Fällen von Dementia paralytica konstatiert wurden, also bei kurz dauerndem Krankheitsverlauf. Wenn es sich aus weiteren Untersuchungen ergibt, daß bei einer langwierigen Krankheitsdauer der Paralyse die Spirochäten im Gehirn stets nur in geringer Zahl anzutreffen sind oder sogar gänzlich fehlen, so wird man hierin eine Bestätigung gewinnen für die Ansicht, daß das Nervensystem nicht einen günstigen Boden für das Wachstum von Bakterien abgibt, so daß die in das Nervengewebe eindringenden Mikroorganismen dort nicht gedeihen, sondern bald absterben, mögen sie auch noch so viel Schaden vorher angerichtet haben. Jedenfalls trifft dies für Lepra an den Nerven zu, bei welcher, wie man sich entsinnen wird, lange Zeit nach der Entdeckung des Bacillus leprae niemals Mikroben

Digitized by Google

nachgewiesen werden konnten; erst als frisch befallene Nervenstämme exzidiert und untersucht wurden, gelang es, das Vorhandensein von Bazillen nachzuweisen. Damit war festgestellt, daß die Neuritis leprosa nicht das Resultat von Toxineinwirkungen ist, sondern unmittelbar von dem Eindringen der allerdings schnell wieder verschwindenden Bazillen selber, wobei diese letzteren bei ihrem Vergehen interstitielle und parenchymatöse Entartungsprozesse hinterließen, welche sich dauernd erhielten und bis zur Vernichtung von größeren Portionen des betroffenen Nerven sich weiter entwickelten.

Analogien führen zwar oft zu falschen Schlüssen; aber die Vermutung ist nicht von der Hand zu weisen, daß bei der Tabes ebenso wie bei der Dementia paralytica die Meldung von der Entdeckung der Spirochäten bald erfolgen wird. Es wird sich dabei jedenfalls um Fälle von kurzer Dauer handeln, Fälle, bei denen eine interkurrente Krankheit den Patienten frühzeitig im Verlauf seiner Tabes zur Autopsie gebracht hat, daß man die Organismen im Rückenmark erkennen wird. Die übliche Reaktion der Gewebe auf die Anwesenheit von Spirochäten besteht in der Entwickelung von Bindegewebe. In der Haut oder in der Leber verursacht eine Narbe dem Organe keinen wesentlichen Nachteil. Im Zentralnervensystem dagegen ruft selbst ein kleines Gebiet von Narbengewebe einen unheilbaren direkten und progressiven Schaden hervor. Die Vernichtung einiger weniger Ganglienzellen in den Ganglien der Rückenmarksnerven oder in deren Gegenstücken, den Gasserschen oder den Jugularganglien, als direkte Folge der Tätigkeit der Spirochäten bietet schon eine hinreichende Erklärung für die Mehrzahl der bei der Tabes zu beobachtenden Symptome.

Das lebhafte Interesse, welches die neuerlichen frappanten Fortschritte auf dem Gebiete der Syphilisforschung erregt haben (Spirochäten, Wassermannsche Reaktion, Salvarsan), hat auch zu einem besseren allgemeinen Verständnis der Pathologie des Leidens geführt. Unter mehreren anderen neuen Tatsachen ist es uns klar zum Bewußtsein gebracht worden, daß die Spirochäten binnen einigen Wochen von dem Zeitpunkt ihrer Einverleibung an sämtliche Gewebe des Körpers überziehen und unter diesen nicht zumindest auch das Zentralnervensystem. Wenn sie dort nicht prompt vernichtet werden, sei es durch die natürlichen Abwehrmittel des Körpers, sei es durch therapeutische Eingriffe, so entsteht eine nicht wieder gut zu machende Schädigung. Hieraus ergibt sich die handgreiflich zu entnehmende Lehre, daß jeder Fall von Syphilis aufs allerenergischste behandelt werden soll und so frühzeitig nach der Infektion, als es möglich ist, die Diagnose zuverlässig zu stellen. Die ehemalige Anweisung, mit der Behandlung bis zum Auftreten von

Digitized by Google

Sekundärerscheinungen zu warten, ist absolut zu verurteilen. Sie bedeutet nichts anderes, als daß wir zögern sollen, bis der ganze Körper mit Spirochäten durchsetzt ist. Man muß die Diagnose durch den Nachweis von Spirochäten im Primäraffekt sichern und alsdann die Behandlung einleiten mit der Exzision oder der Zerstörung des Schankers und mit der Verabreichung von mehreren Salvarsandosen, worauf sofort eine energische Quecksilberbehandlung anzuschließen ist. Einzig und allein in dieser Weise können wir darauf rechnen, den schweren Läsionen der Spätsyphilis vorzubeugen, unter denen als die schrecklichsten diejenigen Spirillosen des Zentralnervensystems erscheinen, welche bisher parasyphilitische genannt worden sind.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Kaiserlichen Universität zu Moskau (Vorstand: Prof. J. Th. Selenew).

Zur Klinik und Histologie des Lichen variegatus R. Crocker (Parapsoriasis lichenoides Brocq)[1].

Von

Dr. D. D. Lewtschenkow.

(Mit 2 Tafeln.)

(Schluß.)

1. Das frische primäre Ausschlagselement zeigt folgendes mikroskopisches Bild (s. Fig. 1):

Die Hornschicht ist etwas verdickt, kompakt, färbt sich gleichmäßig und liegt dicht an den darunterliegenden Teilen; Abblätterung einiger Plättchen ist nur an der Oberfläche zu bemerken. Zellenkerne sieht man darin nirgends.

Das Stratum lucidum fehlt.

Das Stratum granulosum ist hyperplasiert und mit 4—5, stellenweise sogar mit 7 Reihen an Keratohyalin reicher Zellen vertreten.

Im Stratum spinosum ist die Zahl der Stachelzellen merklich vermehrt: auf den Zapfenspitzen schwankt sie zwischen 5 und 10 Reihen, in den interpapillaren Leisten erreicht sie 15—20 Reihen (Erscheinungen der sogenannten Akanthose). Die interzellulären Räume sind etwas erweitert, die Borsten der Stachelzellen gut zu sehen (interzelluläres Ödem). Die Zellen selbst sind meistenteils unverändert, die Kerne sind gut färbbar; nur stellenweise erscheint der Zellenkörper umfangreicher und der Kern etwas aufgedunsen, blasser gefärbt und von dem Protoplasma durch ring- oder sichelförmige Spalte abgetrennt (intrazelluläres Ödem).

Die Basalschicht unverändert, deutlich von der Papillarschicht abgesondert; in den oberen, abgerundeten Teilen der Basalzellen stellen-

Digitized by Google

weise braungelbe Pigmentkörnchen. Mitosen fast nicht vorhanden. Wanderzellen erscheinen nur als vereinzelte Exemplare zwischen den Zellen der MALPIGHIschen Schicht.

In der Pars papillaris corii ist ein geringes Ödem und eine leichte diffuse Rundzelleninfiltration zu beobachten. Die letztere ist reichlicher um die Kapillaren und kleinen Gefäße, welche bedeutend erweitert und mit Blut überfüllt sind. Die Zellen, welche das Infiltrat bilden, sind fast ausschließlich von lymphoidem Typ, mit kleinem, rundem, stark gefärbtem Kerne und geringer Menge von Protoplasma. Polynukleäre sind im Infiltrat sehr spärlich, Mastzellen und Plasmazellen fehlen ganz. Die Blutgefäße des Unterpapillarnetzes sehr erweitert und mit „Muffen" aus lymphoiden Elementen umringt. Die Gefäßwände ohne Veränderungen; Diapedese der roten Blutkörperchen nicht bemerkbar.

Die Pars reticularis corii zeigt keine Abweichung von der Norm.

Die elastischen Fasern, welche in den tieferen Teilen des Koriums verhältnismäßig dick und grob sind, werden näher zur Zapfenschicht dünner, in den Papillen sehr dünn und zart, doch sind sie überall erhalten und reichen bis zur Grenze der Basalschicht.

Die Knäuel- und Talgdrüsen, Musculi arrectores pilorum und die Haare selbst unverändert.

2. Die reiferen, papulösen Elemente weisen viel schärfer ausgedrückte pathologische Veränderungen auf (vgl. Fig. 2 u. 3):

Bei schwacher Vergrößerung sieht man, daß jedes Knötchen auch im Schnitte seinem makroskopischen Aussehen entspricht (eine kleine flache Erhabenheit). In den Seitenteilen der Papel sind die Papillen mehr oder weniger verflacht und leicht infiltriert, in den Zentralteilen ganz abgeplattet, verschwunden, und ihre Stelle durch dichtes Infiltrat ersetzt. Die gewöhnlich so scharf demarkierte Grenze zwischen Epidermis und Korium läßt sich gar nicht unterscheiden, da das Infiltrat auch die MALPIGHIsche Schicht durchdringt und stellenweise fast dicht bis zur Hornschicht reicht. Die Blutgefäße der Papillarschicht und des oberen Teiles der Pars reticularis corii sind erweitert und von mehr oder weniger reichlichem Infiltrat umringt. Zellenanhäufungen ringsum die Gefäße sind auch in den tieferen Schichten der Derma nachweisbar.

Bei starker Vergrößerung erscheinen folgende Details.

Im Stratum corneum sind zwei Schichten deutlich unterscheidbar. Die untere ist kompakt, intensiv mit sauren Farbstoffen färbbar und schmiegt sich innig den tieferen Epithelschichten an; in den Zentralteilen der Papel ist sie merklich verdickt, an der Peripherie wird sie dünner und verjüngt sich allmählich. An vielen Stellen sind gut gefärbte stabförmige Kerne bemerkbar (Parakeratose); hier und da sieht man Kerne ovaler Form und sogar blaß gefärbte, runde, blasenförmige Kerne; die letzteren nur an den Stellen, wo die Keratohyalinschicht ganz fehlt. Die obere Schicht des Stratum corneum erscheint locker, zerfasert; überall hat sie ungefähr ein und dieselbe Dicke und tritt ohne bemerkbare Grenzen auf die der Papel unmittelbar benachbarten Epithelpartien. Die Kerne in den Hornlamellen sind an vielen Stellen erhalten. Bei Färbung nach GRAM mit darauffolgender Entfärbung mit Alkohol, be-

Digitized by Google

sonders mit salzsaurem (1%) Alkohol, erfolgt letztere sehr ungleichmäßig: während sich einige Hornlamellen verhältnismäßig leicht entfärben, behalten die anderen (meisten) die blaue Farbe beharrlich bei. In dieser Hinsicht ist kein Unterschied zwischen den tieferen und oberflächlichen Teilen der Hornschicht. Zwischen den Hornlamellen kommen manchmal, jedoch nur in vereinzelten Exemplaren, Kerne von Wanderzellen vor. Anhäufungen von Polynukleären, wie sie nicht selten bei z. B. der Psoriasis vorkommen, sind nirgends in der Hornschicht wahrzunehmen.

Das Str. lucidum fehlt.

Das Str. granulosum ist merklich atrophisch. In den Seitenteilen der Papel ist es durch 1—3 Reihen sehr verflachter Zellen vertreten, und in Zentralteilen (gerade dort, wo in der Hornschicht besonders viele Kerne sind) fehlt es vollständig.

Stratum spinosum. In den Seitenteilen der Papel beobachtet man Vermehrung von Stachelzellen und wesentliches intra- und interzelluläres Ödem. Zwischen den unteren Reihen der Riffzellen sowie zwischen den Basalzellen Kerne von Leukozyten in großer Anzahl, jedoch ist die untere Epithelgrenze noch deutlich markiert. Je näher zum Zentrum der Papel, desto deutlicher wird das Ödem und die rundzellige Infiltration des Stratum Malpighii, welche aus der Papillarschicht ausgeht. Die Riffzellen schwellen an, die ödematösen Lücken um ihre Kerne werden größer, die Kerne färben sich schlecht. In den Zentralteilen der Papel ist die Malpighische Schicht manchmal bis zu 2—3 Reihen von stark verflachten, stachellosen Zellen mit blaß gefärbten Kernen reduziert. Die letzteren haben oft eine verlängerte ovale Form und liegen bald in der Mitte der Zelle, bald näher zur Peripherie. Manchmal konfluieren 2—3 Zellen in homogene, blaß gefärbte Klümpchen, in welchen die Umrisse der Kerne schlecht zu unterscheiden sind. Die tieferen Partien der Malpighischen Schicht sind vollständig von dichtem Infiltrat durchdrungen, welches unmittelbare Fortsetzung des in der Papillarschicht befindlichen Infiltrats vorstellt. Die Basalschicht verschwindet, und die Grenze zwischen Epidermis und Korium ist nicht mehr wahrnehmbar. Die Hauptmasse des Infiltrats besteht aus einkernigen Leukozyten mit intensiv gefärbtem, kleinem, rundem Kerne, welcher von einem schmalen Reifen von Protoplasma umringt ist; Polynukleäre kommen bedeutend seltener vor. Einzelne Gruppen von stark ödematösen und angeschwollenen Stachelzellen sind durch das Infiltrat von den benachbarten Zellen abgetrieben und in die Tiefe, ins Korium versetzt.

Pars papillaris corii. — In den der Papel benachbarten Teilen der Haut sind die Zapfen etwas verflacht, ödematös und mehr oder weniger infiltriert, im Bereich der Papel — gänzlich abgeplattet. Im Zentrum der Papel ist das Infiltrat meistenteils dicht und nimmt den ganzen Zapfenkörper ein, sich auch in die Epidermis verbreitend; in den Seitenteilen — ist es bedeutend lockerer und hauptsächlich um die Blutgefäße konzentriert; die letzteren sind überall stark erweitert und mit Blut überfüllt. Der Zellenbestand des Infiltrats ist derselbe wie auch in der Malpighischen Schicht; es gesellen sich nur einige blaß gefärbte,

Digitized by Google

spindelförmige Bindegewebszellen zu. Ringsum die Gefäße kommen oft Mastzellen und freie Erythrozyten vor; stellenweise — Körnchen und Klümpchen braungelben Pigments. Plasmazellen sind sehr spärlich.

In der Pars reticularis corii ist eine Erweiterung der unterpapillaren Blutgefäße und Rundzelleninfiltration um sie herum zu bemerken. Die tieferen Abteilungen des Derma weisen keine pathologischen Veränderungen auf.

Die Bündel der Bindegewebsfasern sind im Bereich des Infiltrats mehr oder weniger hyalinisiert; stellenweise wird ihre fibrilläre Struktur unkenntlich, und im Schnitte erscheinen sie als homogene blaßrosa Klümpchen (Färbung nach VAN GIESON). Die elastischen Fasern sind an den vom Infiltrat eingenommenen Stellen rarefiziert, und dort, wo letzteres am dichtesten ist, verschwinden sie vollständig.

Das subkutane Fettzellgewebe, die Knäuel- und Talgdrüsen, die Follikel, die Haare und die glatten Muskeln weisen keinerlei Abweichungen von der Norm auf.

3. Die Ausschlagselemente im Regreßstadium.

In der dritten, letzten Periode der Ausschlagsentwicklung prävalieren Veränderungen von atrophischem Charakter (s. Fig. 4).

Im Stratum corneum ist die obere Schicht sehr breit und locker; im Querschnitt bilden ihre Platten eine netzartige Figur mit spindelförmig verlängerten Ösen; die tiefere, kompakte Schicht ist sehr schmal. Kerne sind weder hier noch dort vorhanden. Bei Färbung nach GRAM und Differenzierung mit salzsaurem Alkohol behält die tiefere Schicht die blaue Farbe sehr beharrlich; in der oberflächlichen — entfärbt sich ungefähr die Hälfte der Hornlamellen, wobei die gefärbten und entfärbten Platten ohne jegliche Reihenfolge einander abwechseln.

Das Stratum lucidum fehlt.

Das Stratum granulosum besteht aus zwei, stellenweise sogar aus einer Reihe sehr verflachter, keratohyalinarmer Zellen.

Das Stratum spinosum ist merklich atrophiert und durch 5—7, manchmal sogar 3—4 Zellenreihen (inkl. die Basalschicht) vertreten. Die interpapillären Epithelleisten fehlen teilweise; da, wo sie erhalten sind, sind sie verlängert und dabei verfeinert. Die Basalzellen haben fast überall ihre zylindrische Form eingebüßt und sind niedriger und breiter, beinahe würfelförmig geworden; manchmal übersteigt sogar ihre Breite um $1^1/_2$ mal ihre Höhe, und dann nehmen die Kerne die Form ausgedehnter Ovale an, welche mit ihrer Längsachse parallel der unteren Epithelgrenze liegen. Mitosen sind ziemlich spärlich; in den Zellen hier und da — braune Pigmentkörnchen. Das inter- und intrazelluläre Ödem des Stratum spinosum ist deutlich ausgeprägt, Wanderzellen kommen selten vor. Die untere Grenze der MALPIGHIschen Schicht liegt meistenteils parallel der oberen und stellt eine gleichmäßige wellenförmige Linie dar; die ganze MALPIGHIsche Schicht hat das Aussehen eines schmalen, flachen, eng dem Korium anliegenden Bandes.

Die Pars papillaris corii hat fast überall ihr zapfenförmiges Aussehen verloren. In den spärlichen, erhalten gebliebenen, verflachten Zapfen ist ein Ödem und ziemlich reichliche Zelleninfiltration zu beobachten; letz-

Digitized by Google

tere ist besonders bedeutend um die Kapillaren und kleinen Gefäße, welche stark erweitert sind; die Gefäßwände sind stellenweise infolge der Vermehrung der Endothelzellen verdickt. Die Hauptmasse des Infiltrats bilden, wie früher, kleine lymphoide Elemente; zugleich kommen einige große Mono- und Polynukleäre, spindelförmige Bindegewebszellen und Mastzellen vor; Plasmazellen sind sehr selten. Die Bündel der Bindegewebsfasern sind durch das Exsudat auseinandergeschoben und, wie es die Färbung nach VAN GIESON anzeigt, leicht hyalinisiert. Das elastische Gewebe ist gelichtet, jedoch verhältnismäßig unwesentlich, und lassen sich überall feine Fasern verfolgen, welche dicht bis zur Grenze der Epidermis reichen. An den Stellen, wo die Zapfen verwischt sind, ist das Bindegewebe, welches unmittelbar der Epidermis anliegt, ödematös und ziemlich bedeutend infiltriert (besonders um die erweiterten Gefäße); der Zellenbestand des Infiltrats ist derselbe, wie in den Zapfen; an Dichtheit nimmt es in der Tiefe der Haut sehr schnell ab, so daß die oberen Teile der Pars reticularis corii schon vom Infiltrat frei sind. Die Blutgefäße des Unterpapillarnetzes sind sehr stark erweitert und mit Blut überfüllt (ohne bemerkliche Infiltration um sie herum); welchen Grad diese Erweiterung erreichen kann, ist aus dem Mikrophotogramm 4 ersichtlich.

Die Pars reticularis corii zeigt keine pathologischen Veränderungen; desgleichen sind die Hautdrüsen, Follikeln und glatte Muskeln ganz normal.

In keinem der Präparate, welche zu den verschiedenen Entwicklungsstadien des pathologischen Prozesses gehören, wurden im Infiltrate weder Tuberkelbazillen, noch irgend welche andere Mikroorganismen gefunden (Färbung nach ZIEHL, nach GRAM, mit Methylenblau); ebenso waren keinerlei pathogene Pilze in den Lamellen der Hornschicht nachzuweisen.

Die an die Effloreszenzen grenzende, dem Anschein nach ganz gesunde Haut, zeigt bei histologischer Untersuchung leichte Erweiterung der Blutgefäße in der Papillarschicht und eine geringe Infiltration mit lymphoiden Elementen um sie herum; die Epidermis ist unverändert; nur stellenweise (in der Nachbarschaft mit den papulösen Elementen) ist eine leichte Lockerung und Abblätterung der oberflächlichen Hornlamellen wahrzunehmen. Der krankhafte Prozeß erstreckt sich folglich weit über die Grenzen der dem unbewaffneten Auge sichtbaren Veränderungen.

Die wesentlichen pathologisch-anatomischen Veränderungen bestehen demgemäß in einem Entzündungsprozeß in den oberen Teilen des Koriums und den unteren Schichten der Epidermis; derselbe ist auf der Höhe der Ausschlagsentwicklung ziemlich akut, ist von Verhörnungsanomalie (Parakeratose) begleitet und hat als Ausgang Atrophie.

Indem wir nun zur Differentialdiagnose unseres Falles übergehen, müssen wir vor allem den Umstand hervorheben, daß der Ausschlag unseres Kranken anfänglich fälschlich für syphilitisch gehalten wurde (und dabei von einem sehr erfahrenen Arzte), so daß der Kranke nutzlos eine antisyphilitische Behandlung erhielt. Solche Fehler sind,

Digitized by Google

besonders bei oberflächlicher ambulatorischer Untersuchung der Kranken, nicht selten, weil die Ähnlichkeit des Lichen variegatus mit Syphilis manchmal erstaunlich ist[1]). Bei unserem Kranken erinnern die frischen Effloreszenzen wirklich sehr an Roseola elevata, die reiferen an Syphilis cutanea papulo-squamosa. Jedoch die geringe, im Vergleich mit Syphiliden, Infiltration der Ausschlagselemente, die lebendigere rosa Färbung, die Neigung der benachbarten Effloreszenzen zum Konfluieren, welche den Syphiliden der kondylomatösen Periode nicht eigen ist, das Fehlen des Ausschlags auf der behaarten Kopfhaut, Handtellern und Sohlen, Intaktheit der Schleimhäute trotz dauernden Vorhandenseins des Ausschlags, Ausbleiben der Adenopathie, geschweige der Erfolglosigkeit der dem Kranken früher verordneten antisyphilitischen Behandlung und zweier negativer Wassermannscher Reaktionen, alles dies läßt es nicht zu. den Ausschlag bei unserem Kranken als syphilitisch zu betrachten. Zu bemerken sei noch in unserem Falle das völlige Ausbleiben sogar der leisesten Andeutung von Bildung pustulöser Formen, welche so gewöhnlich beim schleppenden syphilitischen Prozesse sind. Endlich ist auch das histologische Bild durchaus nicht charakteristisch für Syphilis.

Eine andere Erkrankung, welche sich manchmal sehr schwer von Lichen variegatus unterscheiden läßt, ist — Mycosis fungoides im prämykotischen (erythematösen und lichenoiden) Stadium[2]). Jedoch ist die Infiltration der Ausschlagselemente bei Mycosis fungoides gewöhnlich viel bedeutender, besonders im lichenoiden Stadium, wo das Infiltrat Kartonhärte annehmen kann (Pospelow)[3]). Neben den trockenen Effloreszenzen entstehen bei Mycosis fungoides früher oder später nässende oder impetiginisierte Herde, welche an Ekzema nummulare erinnern; in unserem Falle dagegen ist eine ungewöhnliche Widerstandsfähigkeit der Epidermis und völliges Ausbleiben jeglicher Neigung zum Nässen zu beobachten. Des weiteren als ständiges und in diagnostischer Hinsicht sehr wichtiges Symptom ist bei Mycosis fungoides das Jucken, welches oft sehr peinlich ist und dem Kranken weder am Tage noch in der Nacht Ruhe läßt; unser Patient empfindet nur leichten, nicht lange anhaltenden Juckreiz abends, welcher nicht immer erscheint und ihn gar nicht be-

---

[1]) Bei Pityriasis lichenoides chronica, einer Krankheitsform, welche sich von Lichen variegatus nur durch Gruppierungsart der Ausschlagselemente unterscheidet (s. unten), wird die Ähnlichkeit mit Syphilis manchmal durch Vorhandensein von depigmentierten Flecken auf dem Halse, welche sehr an Leukoderma syphiliticum erinnern (Arndt), oder von Ausschlag auf den Schleimhäuten der Mundhöhle, welche den Plaques muqueuses ähneln (Riecke, Terebinsky), noch gehoben. — [2]) Vgl. den Fall von Jamieson (s. oben). — [3]) Prof. A. J. Pospelow. Handbuch der Hautkrankheiten. 5. Aufl. Moskau, 1905, S. 598 u. 602 (Russisch).

Digitized by Google

lästigt[1]). Nicht selten sind bei Mycosis fungoides profuse Schweiße; bei unserem Kranken ist die Schweißausscheidung völlig normal. — Das histologische Bild stellt weder bei Mycosis fungoides noch bei Lichen variegatus etwas Spezifisches, nur für die gegebene Erkrankung Charakteristisches dar; doch ist das Vorhandensein einer großen Menge von eosinophilen- sowie Plasmazellen im Infiltrate mehr der Mycosis fungoides als dem Lichen variegatus eigen. Äußerstenfalls kann man auch die Diagnose „ex iuvantibus" berichtigen: unter dem Einfluß der Röntgentherapie nehmen die Anfälle von Mycosis fungoides ab oder verschwinden sogar ganz, wenn auch nur für einige Zeit; auf den Verlauf von Lichen variegatus üben die X-Strahlen keinerlei Wirkung aus.

Einige frischere Effloreszenzen bei unserem Patienten ähneln etwas den Lichen planus-Knötchen an Farbe, Wachsglanz, polygonaler Form und Neigung zur Konfluenz. Jedoch ist für Lichen planus Einförmigkeit des Ausschlages, derbere Konsistenz der Knötchen, Vorhandensein von zentraler Einsenkung, mehr oder weniger starkes Jucken und erhöhte Nervosität der Patienten charakteristisch; bei Arsenbehandlung ist gewöhnlich eine Besserung wahrzunehmen. Bei histologischer Untersuchung unseres Falles sind nirgends Veränderungen, welche Caspary[2]) und Max Joseph[3]) typisch für Lichen planus halten, zu bemerken, nämlich: Abhebung der Epidermis vom Korium, Zerstörung der unteren Schichten des Stratum Malpighii und Bildung an dessen Stelle einer Lücke, welche, mit einem glasigen, von feinen fibrinähnlichen Fäden durchzogenen Gerinnsel ausgefüllt ist. — Die reiferen Effloreszenzen unseres Kranken können kaum Veranlassung zu einer Verwechselung mit Lichen planus geben.

Von Lichen scrophulosorum unterscheidet sich unser Fall durch Ausbleiben irgend welchen Zusammenhangs der Effloreszenzen mit den Follikeln und durch das histologische Bild: es gibt keine epithelioide- und Riesenzellen im Infiltrate, desgleichen fehlen auch Kochsche Bazillen.

Mit Psoriasis guttata hat unser Fall nur entfernte Ähnlichkeit. Die Schüppchen haben bei Psoriasis silberweißes Aussehen, lassen sich leicht abschaben, wobei eine grellrote feuchte Oberfläche hervortritt, auf

---

[1]) In seltenen Fällen kann auch Lichen variegatus von starkem Jucken begleitet sein. Vgl. z. B. den Fall von W. Fox. (A case of Pityr. lichen. chron. or Lichen variegatus. — Royal Soc. of Medic., Derm. Sect., 14. XII. 1911. — Brit. Journ. of Derm., 1912, Nr. 1, S. 21.) — [2]) Caspary, Über Lichen ruber. Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph., 1888, Bd. XX, S. 159. — [3]) Joseph, Max, Beiträge zur Anatomie des Lichen ruber (planus, acuminatus und verrucosus). Arch. f. Derm. 1897, Bd. 38, S. 3.

Digitized by Google

welcher kleine punktförmige Bluttröpfchen erscheinen; die Schuppung bei unserem Kranken ist eher kleienförmig, oder ist auf der Oberfläche der Papel ein durchsichtiges, festsitzendes, feines Schüppchen vorhanden, welches die Papel wie ein Kollodiumhäutchen bedeckt; nach Entfernung des Schüppchens erscheint eine blassere, als bei Psoriasis, gelbrosa Oberfläche, wobei punktförmige Blutung nicht entsteht. Weiter ist das Fehlen von Erkrankung der behaarten Kopfhaut zu bemerken, welche bei Psoriasis so gewöhnlich ist, und völlige Erfolglosigkeit der Behandlung, wohingegen der psoriatische Ausschlag bei zweckmäßiger Therapie gewöhnlich weicht, sei es nur für eine gewisse Zeit. Histologisch charakteristisch für Psoriasis ist die starke Hypertrophie der Malpighischen Schicht, besonders ihrer interpapillären Zapfen; zwischen den Hornlamellen kommen gewöhnlich Anhäufungen von Leukozytenkernen vor. In unserem Falle ist eine leichte Hyperplasie der Rete Malpighii nur in den allerfrischesten Effloreszenzen zu beobachten; in den reiferen Elementen erscheint die Epidermis mehr oder weniger bedeutend atrophiert.

Von der kleinfleckigen Form der Pityriasis rosea unterscheidet sich unser Fall durch geringere Infiltration der Ausschlagselemente, Fehlen der Primärplaque und außerordentlich chronischen Verlauf; die kleinen Herde von Pityriasis rosea haben die Neigung sich sehr schnell durch peripherisches Wachstum zu vergrößern und größere oder kleinere Plaques zu bilden, deren Zentrum blasse gelbrosa Farbe hat, etwas eingesunken und mit feinen Schüppchen bedeckt ist, indem die Ränder dunkler gefärbt sind und sich scharf über dem Hautniveau erheben. Histologisch beobachtet man bei Pityriasis rosea eine stärkere Exsudation als in unserem Falle, im Stratum Malpighii, welche manchmal so bedeutend sein kann, daß sich in den oberen Reteschichten Miliarbläschen bilden, die mit seröser Flüssigkeit nebst Beimischung von Leukozyten erfüllt sind.

Das seborrhoische Ekzem unterscheidet sich durch größere Dimensionen der Plaques, durch Vorzugslokalisation an gewissen Stellen (Gesicht, Grenze der behaarten Kopfhaut, Falten des Rumpfes und Extremitäten, Mittellinie des Körpers — längs der Wirbelsäule und des Brustbeins), durch Neigung zum Nässen unter Einfluß äußerer Reizungen, durch kürzeren Entwicklungszyklus und endlich durch Heilbarkeit. Histologisch beobachtet man bei Ekzema seborrhoicum eine spongoide Umwandlung der Stachelschicht und Nachweis in derselben von Bläschen, welche mit serös-fibrinösem Exsudate nebst Beimischung von Leukozyten und Epithelzellen in verschiedenen Degenerationsstadien gefüllt sind; das Exsudat dringt oft zwischen die Hornlamellen, so daß sich eine „Schuppenkruste" bildet.

Digitized by Google

Von Èrythrodermie pityriasique en plaques disséminées unterscheidet sich unser Fall wesentlich klinisch, wie auch histologisch. Für Brocqsche Krankheit ist typisch Vorhandensein verhältnismäßig großer fleckenartiger, mehr oder weniger reichlich schuppender Herde, ohne jegliches klinisch nachweisbare Infiltrat; einmal erschienen, bleibt der Fleck lange Zeit (Monate und sogar Jahre) stationär und geht in keine andere Formen über; histologisch ist Ausbleiben von Parakeratose, sowie sehr geringe Zelleninfiltration und Ödem in der Malpighischen Schicht zu vermerken. — In unserem Falle dagegen sind nur wenige vereinzelte Effloreszenzen überlinsengroß; das primäre Fleckenstadium weicht sehr schnell dem papulösen; von Erscheinung eines einzelnen Ausschlagselements bis seiner völligen Verschwindung vergehen maximum $1^1/_2$ Monate; histologisch — auf der Höhe der Entwicklung des pathologischen Prozesses sind die Erscheinungen von Parakeratose und entzündlicher Infiltration der Rete außerordentlich deutlich ausgedrückt.

Sehr groß ist die Ähnlichkeit unseres Falles — wie auch überhaupt des Lichen variegatus — mit Pityriasis lichenoides chronica. In der Tat, das Aussehen der einzelnen Effloreszenzen, ihr Entwicklungsverlauf, der Charakter der histologischen Veränderungen — sind dieselben. Als einziger Unterschied erscheint die Art der Gruppierung der Ausschlagselemente: indem bei Lichen variegatus die einzelnen Effloreszenzen zur Konfluenz neigen und damit der betroffenen Haut ein sehr gesprenkeltes, netzartiges Aussehen verleihen, — können dieselben bei Pityriasis lichenoides chronica sehr eng aneinanderliegen, jedoch völlige Konfluenz und Bildung netzartiger Figuren sind gewöhnlich dabei nicht zu beobachten. Die Bedeutung dieses einzigen wesentlichen Unterschiedes vermindert sich jedoch dadurch, daß in der Literatur Fälle angeführt sind, wo typische Effloreszenzen von Pityriasis lichenoides chronica stellenweise Neigung zum Konfluieren zeigten: solche sind z. B. die Fälle von Juliusberg (Bildung eines kreisförmigen Herdes auf der Brust), der erste und besonders der zweite Fall von Riecke. Die Beobachtung von J. Csillag (1905)[1]), bis jetzt zwar, wie es scheint, die

[1]) Bei einer 65 Jahre alten Patientin, welche der Autor viele Monate unter Beobachtung hatte, fing der krankhafte Prozeß mit einzelnen isolierten Effloreszenzen an, die der Pityriasis lichenoides chronica entsprachen, und später ergab er ein gesprenkeltes netzförmiges Bild, welches dem Unnaschen Typ eigen ist. Gemäß der Meinung des Autors, „steht es ganz außer Zweifel, daß die Parakeratosis variegatus und die Jadassohn-Neisserscbe Krankheitsform identisch sind und die erstere bloß eine gesteigerte Form der letzteren darstellt, was aber, wie es scheint, nicht in jedem Falle einzutreten pflegt, oder besser gesagt, nicht in jedem gegebenen Momente zu sehen ist.“ — (J. Csillag, Zur Identität der Parakeratosis variegata mit einigen anders benannten Krankheitsformen. Arch. f. Derm. 1905, Bd. 76, S. 3.)

Digitized by Google

einzige, beweist die Möglichkeit eines unmittelbaren Übergangs von Pityriasis lichenoides chronica in Lichen variegatus. Darum ist es wohl kaum möglich, diese zwei Erkrankungen scharf voneinander abzugrenzen, und es ist nicht ausgeschlossen, daß sie sich mit der Zeit als identisch erweisen.

Was die Ätiologie der krankhaften Veränderungen in unserem Falle anbetrifft, so liegt kein Grund vor, hier irgend welche Pilzerkrankung zu vermuten, weil bei allen Untersuchungen, welche in dieser Richtung unternommen waren, das Resultat unabänderlich negativ ausfiel.

Der Vergleich des histologischen Bildes in verschiedenen Entwicklungsstadien des Ausschlags bei unserem Kranken bezeugt, daß die Veränderungen in der Epidermis deutlich ausgedrückten sekundären Charakter aufweisen, während die primären und wesentlichsten Veränderungen sich in den oberen Schichten des Koriums befinden, wobei schon im frühesten Stadium der Ausschlagsentwicklung besonders scharf die Erweiterung der Gefäße ausgedrückt ist. Klinisch ist die erhöhte Reizbarkeit der Vasomotoren zu vermerken (Dermographismus). Sehr wahrscheinlich ist deshalb die Vermutung derjenigen Autoren (Colcott Fox und Mac Leod, Ehrmann[1]) und andere), welche das Wesen des pathologischen Prozesses bei Lichen variegatus in einer chronischen vasomotorischen Störung sehen, die durch toxische Einflüsse erzeugt wird. Die Quelle der Intoxikation kann in verschiedenen Fällen eine verschiedene sein; bei unserem Kranken ist die Möglichkeit des Einflusses von Tuberkulosetoxin, der aus irgend einem verborgenen Herde eintritt, nicht ausgeschlossen. Obwohl es in unserem Falle nicht gelang, tuberkulöse Veränderungen in den inneren Organen festzustellen, und der histologische Bau der Ausschlagselemente durchaus nicht für Tuberkulose charakteristisch ist, so läßt doch die scharf positive Tuberkulinreaktion nach v. Pirquet (zumal dauernde) an verborgene Tuberkulose denken.

Zum Schlusse halte ich es für eine angenehme Pflicht, dem hochgeehrten Herrn Prof. J. Th. Selenew für die Erlaubnis, diesen seltenen Fall zu verfolgen, meinen innigsten Dank auszusprechen.

Erklärung der Tafeln.

Figur 1. — Primärelement des Ausschlages von der biegsamen Oberfläche des rechten Vorderarmes. c = leicht verdickte Hornschicht; g = Körnerschicht; m = leicht hypertrophiertes Rete Malpighii, deren Basalschicht deutlich ausgedrückt ist; p = leicht ödematöse und infiltrierte Papillarschicht; r = ganz normale Pars reticularis corii; s, s = Ausführungsgänge der Schweißdrüsen; v, v = erweiterte Blutgefäße.

---

[1]) Ehrmann, Verhdl. d. Wien. Derm. Ges. Ref.: Arch. f. Derm. Bd. 66, S. 426.

Digitized by Google

Figur 2. — Papulöses Element von der vorderen Oberfläche des linken Oberschenkels. c = Stratum corneum, deutlich in zwei Schichten geteilt; m = erhalten gebliebene Malpighische Schicht, welche in den Mittelteilen der Papel fast vollständig verschwunden ist (m'); p = ödematöser und infiltrierter Zapfen; i, i = Infiltrat in der Papillarschicht, sich auch in das Stratum Malpighii erweiternd; f = Haarfollikel.

Figur 3. — Dasselbe Präparat bei stärkerer Vergrößerung. c = Hornschicht; m, m = Reste der Malpighischen Schicht durch das Infiltrat durchdrungen; die untere Grenze der Stachelschicht ist gar nicht zu unterscheiden.

Figur 4. — Ausschlagselement im Regreßstadium von der biegsamen Oberfläche des rechten Vorderarmes — in Nachbarschaft mit dem frischen Element (Fig. 1) befindlich. c = verdickte und gelockerte Hornschicht, netzartige Struktur aufweisend; stellenweise sieht man die tiefere, kompakte Abteilung der Hornschicht (z. B. bei c); m = verschmälerte, atrophierte Malpighische Schicht; p = zwei erhalten gebliebene ödematöse und infiltrierte Papillen; dazwischen — verlängerte und sehr verfeinerte Leisten des Rete Malpighii; v, v = stark erweiterte und mit Blut überfüllte Blutgefäße.

Die Mikrophotogramme 1, 2 und 4 sind bei ein und derselben Vergrößerung aufgenommen (Zeiss Apochrom. 16 mm + Projekt. Okular Nr. 2); das Mikrophotogramm 3 ist bei stärkerer Vergrößerung aufgenommen (Zeiss Apochr. 4 mm + Projekt. Okular Nr. 2).

Versammlungen.

Gesellschaft der Ärzte des Kantons Zürich.

(Schweizer Corresp.-Bl., 9. Juli 1912, Nr. 31.)

1. Professor Eichhorst berichtet über seine Erfahrungen mit Scherings **Arthigon und dem Berner Gonokokkenserum.** Das genannte Präparat erwies sich als wirkungslos bei Epididymitis und Polyarthritis blennorrhoica, sowie bei Vulvovaginitis kleiner Mädchen. Nur in einem Falle hatte es bei einem vierjährigen Mädchen vorübergehenden Nutzen. Das zweitgenannte Präparat zeigte nur in einem Falle bei einem 22jährigen Mädchen mit gonokokkenfreiem Ausfluß und Gonitis eine günstige Wirkung, während es in drei Fällen und Funikulitis, sowie in drei weiteren Fällen von Polyarthritis blennorrhoica völlig versagte.

2. Demonstration eines 41jährigen Mannes, bei dem ein Unfall die Veranlassung zur Ausbildung eines **Aortenaneurysmas** gab, das den Betroffenen dauernd erwerbsunfähig machte. Der Mann hatte sich beim Reinigen eines Ofens in der Öffnung eingeklemmt und sich nur mit Aufbietung aller Kräfte aus dieser Situation zu befreien vermocht. Seitdem hatten sich bei ihm Beschwerden eingestellt, die auf ein Aortenaneurysma deuteten, das auch mittels Röntgenstrahlen diagnostiziert werden konnte. Die Wassermannsche Reaktion war positiv. Der Mann wurde mit Jodkalium behandelt; da sich in letzter Zeit die Beschwerden wieder mehrten, ist er für Salvarsanbehandlung in Aussicht genommen.

Im Anschluß hieran teilt Vortragender seine Erfahrungen über Salvarsanbehandlung der Syphilis mit, die sich meist auf primäre und sekundäre Syphilis beziehen.

Die intraglutäale Einverleibung war meist mit starken örtlichen Beschwerden verbunden. Bei mehr als 50 Kranken wurde nach einmaliger und wiederholter venöser Infusion von 0,6 Salvarsan nie ein Schwinden sämtlicher Erscheinungen beobachtet, so

Digitized by Google

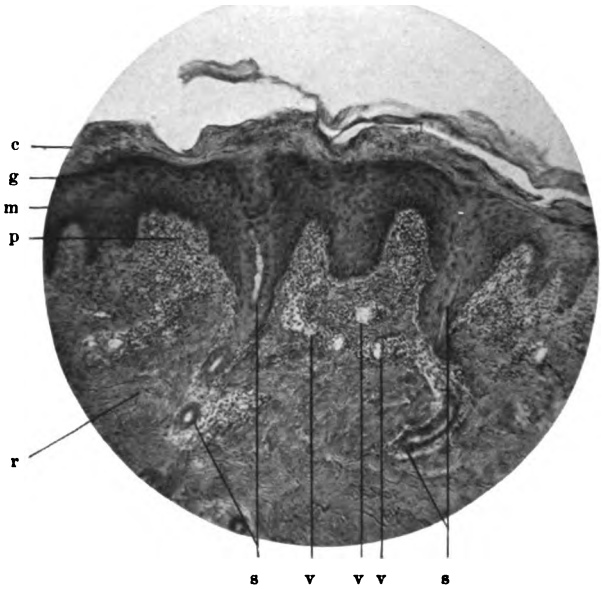


Fig. 1.

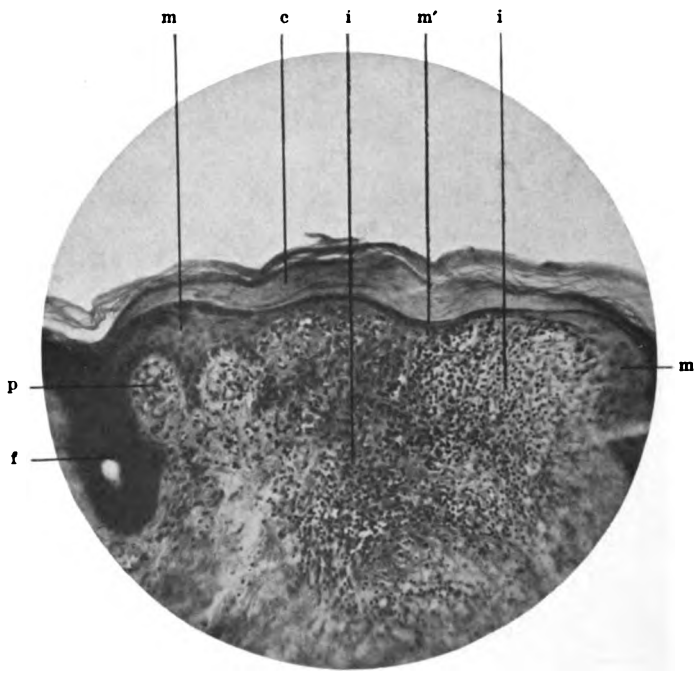


Fig. 2.

Digitized by Google

Digitized by Google

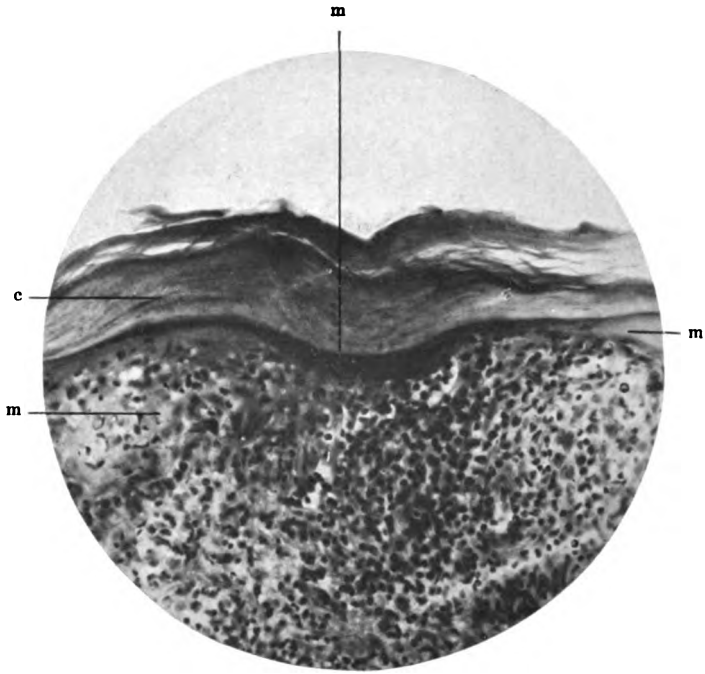


Fig. 3.

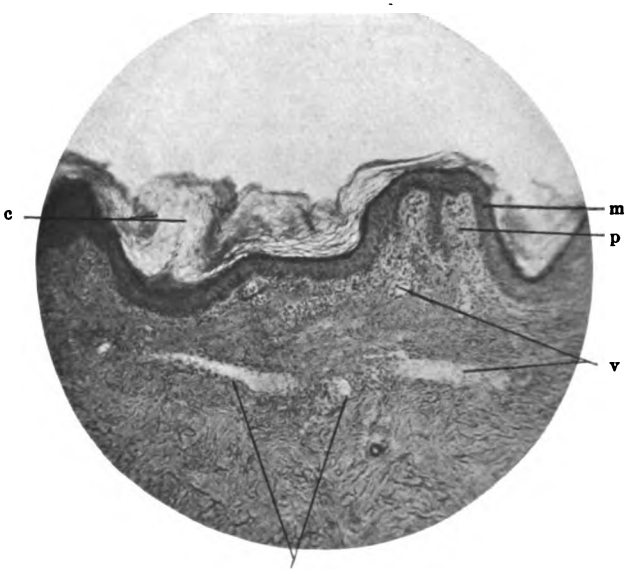


Fig. 4.

Digitized by Google

Digitized by Google

daß Vortragender stets seine Zuflucht zur grauen Salbe nehmen mußte. Auch tertiäre Syphilis zeigte sich in der Züricher Klinik als salvarsanrefraktär.

Bei Tabes soll sich das Ehrlichsche Mittel als indifferent erwiesen haben.

O. Valentiner-Leipzig.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

März 1913.

Chronisch verlaufende Raynaud-Symptome, wahrscheinlich auf syphilitischer Basis, verbunden mit Livedo reticulata. Bemerkungen über Livedo reticulata (Livedo annularis, Livedo furgurata oder Cutis marmorata), von F. Parkes Weber. Es handelt sich um eine 54 jährige, verheiratete Frau, die seit etwa 14 Jahren die Symptome der Raynaudschen Krankheit (lokale Asphyxie) bei kalter Witterung, hauptsächlich am linken Fuß und linker Hand zeigte; zweimal gesellte sich leichte Gangrän an einigen Zehenspitzen des linken Fußes hinzu. Seit der Menopause (mit 49 Jahren) nahmen die Beschwerden zu. Patientin hatte neun Fehlgeburten und kein einziges lebendes Kind, sonst keine Erscheinungen von Syphilis. Gegenwärtig sind die Hände sehr rot, mit Neigung zu Zyanose, aber nicht so sehr wie die Zehen, welche fast stets blau aussehen. Das gefleckte Aussehen der Haut oder Livedo reticulata ist über dem ganzen Rücken, besonders ausgeprägt aber über den Streckflächen der Oberextremitäten und an jenen der Unterextremitäten in der Kniegegend vorhanden; diese Sprengelung kann durch Reiben der Haut in einem warmen Raume zum Verschwinden gebracht werden und wird bei warmen Sommerwetter viel weniger ausgeprägt. Die Herzuntersuchung ergab ausgesprochene Mitralstenose, welche nach W.s Ansicht zweifellos ein begünstigendes Moment sowohl für die Livedo wie die Raynaudschen Symptome abgibt. Die schon früh aufgetretenen Erscheinungen am linken Auge, speziell die Anfälle zeitenweiser Amblyopie, sind wahrscheinlich zum Teil auf Angiospasmen der Netzhaut zurückzuführen und stehen wohl in Verbindung mit den übrigen, die linke Seite (besonders linken Fuß) bevorzugenden Krankheitssymptomen neurovaskulären Ursprungs. Wassermannsche Reaktion war negativ, trotzdem hält W. den syphilitischen Ursprung des Leidens für wahrscheinlich. Was die Livedo reticulata betrifft, so gleicht sie in vielen Fällen in hohem Maße der postmortalen Marmorhaut; W. glaubt übrigens, daß verschiedene Formen und Lokalisationen derselben unter verschiedenen Namen einschließlich der Purpura teleangiectodes annularis beschrieben worden sind und möglicherweise manche unter letzterem Namen angeführten Fälle in Wirklichkeit Beispiele von Hutchinsons „infektiösem Angioma" (Naevus-Lupus, Naevus serpiginosus) gewesen sind.

Stern-München.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

März 1913.

Das sogenannte annuläre Syphilid des Negers, von H. H. Hazen-Washington. H. hatte Gelegenheit, in den letzten sieben Jahren eine Anzahl (42) Fälle von annulärem Syphilid beim Negern, und zwar weit häufiger wie bei Weißen — auf 1000 Hautfälle der letzteren kamen 72 von Syphilis, wovon keine einzige annuläre Form, und auf 1000 bei Negern kamen 193 Fälle von Syphilis, wovon elf mit annulärer Eruption. Das Durchschnittsalter der Betroffenen war 23, mehr Frauen (23) als Männer (19) waren

Digitized by Google

befallen. Das Gesicht, speziell die Mund- und Augenecken, waren der häufigste Sitz der Eruption, sie kam jedoch an allen anderen Stellen der Hautoberfläche ebenfalls vor. Ihren Ausgang nahm sie gewöhnlich von den kleinen, flachen Papeln, aber auch von anderen Papelformen (der follikulären und der spitzen und breiten). Die Histologie ist etwas verschieden von jenen der anderen papulären Syphilide, indem nicht die gleiche massige, perivaskuläre Infiltration vorhanden ist; Plasmazellen sind in großer Zahl vorhanden. Die unmittelbare Prognose ist eine gute, in allen Fällen ging das annuläre Syphilid prompt auf entsprechende Behandlung zurück. Diese syphilitische Hautlokalisation ist im allgemeinen leicht zu erkennen, andere Erscheinungen von Syphilis und eventuell Wassermannsche Reaktion können die Diagnose sichern. Sie darf vor allem nicht mit Neurosyphiliden verwechselt werden, welche erst im späteren Verlaufe der Krankheit auftreten und dem Erythema multiforme mehr ähneln.

Der Verlauf, welchen das Virus des Herpes zoster nimmt, um das Nervenganglion zu erreichen, von Douglas W. Montgomery-San Franzisko. Die anatomische Basis des Herpes zoster ist eine Entzündung des Ganglion an der hinteren Wurzel des affizierten Nerven oder beim Nervus V das Ganglion Gasseri, und in der Mehrzahl der Fälle wird nun als feststehend ein bakterieller Ursprung dieser Ganglionitis angenommen. M. kommt nun auf Grund seiner Beobachtungen und Untersuchungen zu dem Resultate, daß das Virus des Herpes zoster — mögen es Bakterien oder Toxine sein — in die Lymphgefäße einer Nervenscheide eindringt und längs derselben zu den nächsten Ganglion- oder Zellen der grauen Substanz wandert. Für diese Theorie sprächen die Neuralgie, die häufig der Eruption vorhergeht, die Einseitigkeit der Krankheit, ihr häufigstes Auftreten an Kopf, Nacken und oberen Rumpfpartien, die häufigere Beteiligung der sensorischen als der motorischen Nerven, die Begrenzung der Eruption auf ein bis zwei Nerven, der häufig sehr hochgradige Zoster des Nervus trigeminus, besonders seines Ramus ophthalmicus; diese Theorie erkläre auch die Vergrößerung der Lymphknoten, die gleichzeitig mit der Eruption auftrete.

Multiples primäres Kankroid der Haut bei einem Kinde, von William Hutchinson-Montreal. Bei dem $4^1/_2$ Monate alten Kinde waren über Kopf, Gesicht, Ohren, Rumpf, Beine und Handfläche der rechten Hand zahlreiche Knoten von Stecknadelkopf- bis Fünfcentsgröße, hellgelber bis brauner Farbe verbreitet, und zwar ausschließlich in der Haut. Die mikroskopische Untersuchung einzelner exzidierter Knötchen ergab engen Zusammenhang zwischen den oberflächlichsten Schichten der Geschwulstmassen und den tiefsten Teilen der Haarfollikel und läßt die Annahme gerechtfertigt erscheinen, daß sich diese multiplen Tumoren von den Außenschichten dieser Follikel her entwickeln, es sich in anderen Worten um eine bisher noch nicht beschriebene Form gutartiger krebsartiger Geschwulst handelt; dafür spricht auch die Tatsache, daß Haarfollikel, umgeben von Geschwulstzellen, gesehen werden und daß der Typus derselben jenen ähnlich ist, welche die Außenschicht dieser Follikel bilden. Die dunkelrote Färbung des Zellkörpers mit Hämatoxylin und der relativ große, blaßgefärbte, feingranulierte Kern sind gleicherweise Erscheinungen dieser follikulären Zellen; die Anwesenheit von Schweißdrüsengängen, die auf eine kurze Entfernung unter den Geschwulstzellen vorhanden sind, wären weitere Beweismittel für die angeführte Theorie. Das Fehlen von Stachelzellen in dieser Geschwulst würde nicht gegen die Diagnose eines Kankroids, ebenso wenig wie das Alter des Patienten dagegen sprechen. Es müßte dann die Geschwulstbildung als epitheliale in ihrem Ursprung und, wiewohl im Aussehen von den im Verdauungskanale beobachteten verschieden, denselben ähnelnd angesehen werden, indem sie sich durch Proliferation von den äußersten Drüsenschichten entwickeln und beide Arten klinisch gutartig verlaufen.

Digitized by Google

Dermatologische Therapie, von Charles Wood Mc Murtry; **Salizylsäure.** Unter den Mitteln, welche die Dermatologie benützt, steht wohl die Salizylsäure an erster Stelle, Mc Murtry bespricht deren pharmakologischen Eigenschaften, Toxikologie (bei interner Einnahme), Kontraindikationen und Wirkung auf die äußere Haut, die vor allem eine keratolytische ist. Daneben hat sie aber auch — je nach der Konzentration, der Art und Dauer der Applikation — antifermentative, antiseptische und keratoplastische Wirkung. Die hauptsächlichen Anwendungsformen sind Salbe, Öle und mehr als 3% enthaltende Pflaster; wenn die letzteren 20—25% Salizylsäure enthalten, so wirken sie lösend auf Hautinfiltrate, wie z. B. bei hartnäckigem Lichen planus und chronischem Ekzem. Als vorbereitende Behandlung ist die Salizylsäure bei Psoriasis, Dermatitis seborrhoica, Pityriasis, Favus, Sykosis, Akne vulgaris, Sklerodermа, Tuberculosis verrucosa cutis usw. von Vorteil, direkt angezeigt aber bei Hyperkeratosis, Ichthyosis, Lichen ruber, Kallus, Klavus, Verruca vulgaris et senilis, Lupus vulgaris (Unna), Pediculosis pubis, Akne vulgaris, Seborrhoea, Hyperhidrosis. Stern-München.

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie
(Przegląd chorób skórnych i weneryczynch).
1912, Nr. 10—12.

Die Immunisierung gegen Pneumo- und Streptokokken, von Stanislaw Serkowski. Der Verfasser streift die verschiedenen pathologischen Zustände, die an verschiedenen Organen durch Pneumokokkeninfektion hervorgerufen werden, bespricht die aktive und passive Immunisierung und glaubt, daß diese nur mittels virulenter Pneumokokkenstämme durchführbar ist, während virulente, obgleich lebendige Stämme keine immunisatorische Eigenschaft besitzen; nebenbei bemerkt er, daß die Virulenz schnell verloren geht. Größere Versuche hat der Verfasser mit Antipneumokokkenserum durchgeführt und kommt zum Schluß, daß von einer aktiven Therapie einer allgemeinen Infektion oder einer Lungenentzündung mittels Vakzine aus getöteten Pneumokokken nicht die Rede sein kann.

Bezüglich der Streptokokkeninfektionen teilt der Verfasser die Ansicht Wolfsohns, daß die Vakzinetherapie nur bei lokalisierten Herden nützen kann, während bei Allgemeininfektionen die Serumtherapie gute Erfolge zeitigt.

Bezüglich der Streptokokkeninfektionen hebt der Verfasser die guten Erfolge der Vakzintherapie bei der Furunkulose und die monovalente Vakzine bei zerstreuten Eiterherden an der Körperoberfläche hervor, während bei Akne die Ansichten noch geteilt sind.

Weiter bespricht der Verfasser die Gonokokkeninfektion und bemerkt mit anderen Verfassern, daß die Serumtherapie nur theoretischen Wert besitzt, während die Gonokokkenvakzine ausgezeichnete Erfolge bei abgeschlossenen Herden zeitigt (speziell bei Arthritis, Epididymitis, Adnexitis usw.), und meint, daß in chronischen Fällen nach fünf bis sechs Injektionen frische Vakzine aus neuisolierten Gonokokken zu verwenden ist.

Dann bespricht der Verfasser die Vakzinebehandlung des Scharlachs mittels des Verfahrens von Gabryczewski und glaubt, daß diese Methode eine wirkliche aktive Immunisierung hervorruft, und wo dies nicht gelingt, ist der Verlauf des Scharlachs äußerst gutartig.

Schlüsse: 1. Die Scharlachvakzine kann prophylaktisch ganz getrost bei Kindern verwendet werden, hauptsächlich, wo keine Isolierung durchführbar ist. 2. In der Mehrheit der Fälle scheint diese Vakzine die Kinder vor Scharlach zu schützen, sobald sie nicht erst im Stadium incubationis angewendet wurde. 3. Gaben: 0,10—0,15 ccm bis zum 6., 0,20 bis zum 8., 0,25 ccm bis zum 12. Jahre, sonst nach Alter und Kraft individualisierend. 4. Während einer Epidemie kann man den Termin zur zweiten Injektion

Digitized by Google

beschleunigen, sobald die erste Reaktion nachläßt. 5. Auch im Inkubationsstadium angewendet, beeinflußt sie günstig den Verlauf des Scharlachs.

Vakzine gegen Bacterium coli: Das größte Interesse verdienen hier die chronischen Entzündungen der Gallenwege, indem dabei nach KOLLE 60% Bacterium coli commune gefunden wird. Erwähnung verdient ein Fall, wo wegen „schwerer eitriger Cholezystitis mit Steinverschluß" von Prof. KAREWSKI-Berlin nur eine Cholezystotomie mit Dränage ausgeführt werden konnte. Eine langdauernde Fistel, aus deren galligem Sekret Bacterium coli gezüchtet wurde, heilte endgültig unter Vakzinetherapie, die von Dr. ROTTERMUND angewendet wurde.

Auf Grund eigener Versuche kommt schließlich der Verfasser zum Schlusse, daß 1. Bakterien um so schwieriger phagozytiert werden, je virulenter sie sind. 2. Gemischtes Serum hat einen höheren Index phagozyticus, als die einzeln untersuchten Sera. 3. Überimpfte Pneumokokken verlieren schnell ihre Virulenz. 4. Die Pneumokokken bilden ausgezeichnetes Material für Untersuchungen über Phagozytose und Opsonine.

Einige Worte über die neue LILIENFELDsche X-Röhre mit Produktion von X-Strahlen, deren Qualität beliebig und augenblicklich geändert werden kann, von Dr. KARL WACLAW GOLDMANN. Der Verfasser zieht einen Vergleich zwischen den früher gebrauchten und der LILIENFELDschen Röhre und kommt zum Schlusse: daß 1. die Qualität der X-Strahlen in der LILIENFELDschen Röhre unabhängig ist vom Vakuumgrade, 2. daß deren Qualität beliebig regulierbar ist mittels Regulierung des Primärstromes, 3. in jedem Momente sind nach Belieben X-Strahlen erhältlich, welche unter gegebenen Bedingungen erforderlich sind, 4. in der Röhre kommt nur eine Metallzerstäubung geringsten Grades zustande, 5. die Antikathode erwärmt sich sehr wenig dank dem bedeutenden Vakuum, 6. die LILIENFELDsche Röhre arbeitet sehr ruhig auch bei sehr starker Spannung, 7. infolge der ausgezeichneten Leitung der Kathodenstrahlen verhindert der Primärstrom eine Nebenentladung sowie eine Ablenkung der Kathodenstrahlen von der Normalrichtung, wodurch die Konturenschärfe bei Photographien bedingt ist.

Dr. Henryk Rosmarin-Lemberg.

Bücherbesprechungen.

Leitfaden der Momentaufnahmen im Röntgenverfahren, von J. SCHWENTER-Bern. (Otto Nemnich, Leipzig 1913.) Mit 47 Abbildungen im Text und 17 radiographischen Tafeln. Das lesenswerte Büchlein, welches der überaus großen Bedeutung gerecht wird, die die Einführung der Momentaufnahme auf das Röntgengebiet gewonnen hat, ist in erster Linie für den Diagnostiker von Interesse. Für den dermatologischen Therapeuten nur insofern, als der Therapeut ja eigentlich technisch und physikalisch besser mit seinem Röntgenapparat Bescheid wissen muß als der Diagnostiker.

W. Lehmann-Stettin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Beitrag zur Lehre von der Pentosurie auf Grundlage von Untersuchungen an zwei Fällen, von KJ. OTTO AF KLERCKER-Lund. (Dtsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 108, H. 3/4.) KLERCKER kommt auf Grund seiner Untersuchungen an zwei Pentosurikern

Digitized by Google

zu verschiedenen Resultaten. Die Pentose des zweiten Falles ist mit größter Wahrscheinlichkeit als l-Arabinose zu bezeichnen, während sie im ersten Fall ziemlich sicher ein Gemisch der beiden d- und l-Komponenten, mit der l-Komponente im Überschuß, ist. Die beiden Spiegelbildisomeren können also in untereinander sehr wechselnden Proportionen abgesondert werden. Die Quelle der Pentosenbildung im Organismus steht noch nicht fest. Die in den Nukleoproteiden des eigenen Organismus gebundenen Organpentosen können nicht ausgeschlossen werden. Die Pentose der Guanylsäure des Pankreas kann nicht l-Xylose sein, wie NEUBERGER annimmt. Sowohl der Zucker selbst als sein Pentosazon sind beidelinks drehend, und die Pentose gehört mit allergrößter Wahrscheinlichkeit der d-Arabinosengruppe an. Mit der Nahrung besteht insofern ein Zusammenhang, als Hunger und Unterernährung offenbar eine deutliche Verminderung der Pentosenausscheidung bedingen. Die vom Verfasser gefundene Parallelität zwischen der stündlichen Pentosen- und Gesamt-N-Ausscheidung deutet auf einen Zusammenhang mit dem Eiweißumsatz hin. Ausfütterungsversuche mit Glukosamin fielen negativ aus, so daß dieses hierbei keine Rolle zu spielen scheint. Die Bildung aus Galaktose konnte bei Milchzuckerverfütterung nicht eindeutig festgestellt werden, es kam wohl eine kurzdauernde Steigerung zustande, die totale Vermehrung entsprach aber nur $0{,}75^1/_8$ der theoretisch möglichen Neubildung.

Für einen Zusammenhang zwischen Pentosurie und Diabetes mellitus sind folgende Tatsachen verdächtig: 1. Die Pentosurie kommt in gewissen Fällen erwiesenermaßen mit Glukosurie kombiniert vor. 2. Diabetes mellitus ist bei Familienmitgliedern mehrerer Pentosuriker sicher konstatiert worden. 3. Diabetes mellitus scheint gelegentlich mit einer geringen Pentosenausscheidung kombiniert zu sein. V. Caesar-Dresden.

Über die Beziehungen zwischen Harnazidität und Albuminurie, von v. NOORDEN-Wien. (Dtsch. Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. 107.) v. NOORDEN hat schon früher (s. sein Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels, S. 567) bei chronischer Nephritis die Albuminurie sinken sehen, solange der Harn durch Na bicarbonicum alkalisch gehalten wird, ohne daß der Verlauf der Krankheit dadurch beeinflußt wurde. v. HÖSLIN hat diese Untersuchungen erweitert (Dtsch. Arch., Bd. 105) und gefunden, daß besonders Kranke mit harnsaurer Diathese am besten auf diese Alkalizufuhr reagierten. N. fügt einen Fall hinzu, bei dem der Blutdruck unter dieser Behandlung von 220 auf 170 mm Hg sank. Werther-Dresden.

Paroxysmale Hämoglobinurie (Blutstudien in drei Fällen), von W. L. Moss. (Folia serol., Bd. 7, H. 12, 1911.) Im Serum von Patienten, die an paroxysmaler Hämoglobinurie leiden, ist ein komplexes Hämolysin von Ambozeptor-Komplementcharakter enthalten, welches imstande ist, die eigenen Blutkörperchen des Kranken und solche anderer Patienten mit paroxysmaler Hämoglobinurie sowie aller anderen Individuen zu lösen. Durch die Anstellung der Isoagglutinationsreaktion ließ sich der Nachweis führen, daß Patienten mit parox. Hämoglobinurie alle zu einer Gruppe gehören, und daß ihr Serum neben dem für die Krankheit charakteristischen Autohämolysin auch normales Isolysin enthalten kann. Autohämolysin (Ambozeptor) und Isolysin können getrennt aus dem Serum entfernt und somit getrennt auf ihre Wirksamkeit geprüft werden. Nur der Ambozeptorteil des Hämolysins ist für die Krankheit charakteristisch; das Komplement ist nach einschlägigen Versuchen vom Normalkomplement nicht zu unterscheiden. Der fragliche Ambozeptor unterscheidet sich von den anderen bekannten hämolytischen Ambozeptoren durch die Eigenschaft, daß er sich mit den Blutkörperchen in Gegenwart von Komplement nur in der Kälte verbindet, und durch die Fähigkeit, sowohl die eigenen Blutkörperchen des Patienten (Autohämolyse) wie die anderer Patienten der gleichen Gruppe (Isolysine) wie auch die Blutkörperchen von Patienten anderer Gruppen

Digitized by Google

zu lösen. Hämolyse durch das Autohämolysin kann unabhängig von Agglutination vorkommen. In den drei den Untersuchungen des Verfassers zugrunde liegenden Fällen zeigten die Blutkörperchen eine wechselnde, gewöhnlich vermehrte Resistenz gegenüber hypotonischer Kochsalzlösung. Eine Resistenzverminderung gegenüber normalen Blutkörperchen bestand nicht. In allen drei Fällen bestand positive WR. In einem der Fälle konnten die Anfälle bzw. deren Auftreten günstig durch Salvarsanbehandlung beeinflußt werden. Graetz-Hamburg.

Über die Pathogenese der paroxysmalen Hämoglobinurie. Spleno-hepatorenaler Symptomenkomplex, von A. Gilbert, E. Chabrol und Henri Bénard. (Presse méd., 1912, Nr. 99.) Es handelt sich um eine akute Nephritis bei einem 25jährigen Manne, der noch dazu an Hypertrophie der Leber mit einem cholämischen Zustand und an paroxysmaler Kältehämoglobinurie leidet. Die Rolle der Nephritis in diesem und in ähnlichen Fällen erklären die Verfasser folgendermaßen: Die Niere tritt nur sekundär in Erscheinung, sei es, um das schon vorher im Blutplasma in erhöhtem Maße gelöste Hämoglobin zu eliminieren, sei es um die durch die hämatopoetischen Organe begonnene Zerstörung der roten Blutkörperchen zu vervollständigen. Die Blutkörperchen, welche durch die aus der Milz stammenden Hämolysine angegriffen worden sind, werden im Parenchym der Niere noch mehr zerstört, so daß ihr Hämoglobin frei wird. Diese renale Hämolyse geht um so besser von statten, als unter Einfluß der Kälte die Zirkulation in der kongestionierten Niere verlangsamt ist. Andererseits bringt die Kongestion der Niere häufige Verletzungen der Glomeruli zustande, so daß auch eine in manchen Fällen hinzutretende Hämaturie erklärt werden kann.

A. Gunsett-Straßburg.

Über die klinischen und serologischen Untersuchungen der paroxysmalen Hämoglobinurie, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Isolysine, von J. Matsuo-Kyoto. (Dtsch. Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. 107, Nr. 4.) Die vorliegende Arbeit eignet sich zum kurzen Referate nicht; es sei nur hervorgehoben, daß unter den elf Fällen des Verfassers in zehn Fällen als veranlassende Ursache für die paroxysmale Hämoglobinurie Kälte allein (einmal plus körperliche Überanstrengung) angesehen wird, daß aber außerdem in vier Fällen akquirierte Syphilis, in sieben Fällen angeborene Syphilis festzustellen war; die letztere scheint eine noch größere Rolle zu spielen als die erstere. Salvarsaninjektionen hatten fast keinerlei günstige Beeinflussung, außer daß häufig die Wassermannsche Reaktion vorübergehend negativ wurde. Lasch-Breslau.

Beitrag zur sogenannten „Marschhämoglobinurie", von L. Jehle-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 9.) Aus zwei mitgeteilten Fällen glaubt Verfasser den Schluß ziehen zu können, daß eine Hämoglobinurie unter Umständen durch die Wirkung der Lordose entstehen kann, wenigstens ein lordotischer Hämoglobinurieanfall bei einem lordotischen, mit orthostatischer Albuminurie behafteten Individuum auftreten kann.

W. Lehmann-Stettin.

Familiäre Hämatoporphyrinurie und ihr Zusammenhang mit chronischer gastro-duodenaler Dilatation, eigentümlichen Anfällen und akuter Polyneuritis, von J. Barker-Baltimore und W. L. Estes-South-Bethlehem. (Klin. ther. Wochenschr., 1912, Nr. 36.) Drei Schwestern hatten gastro-duodenale Dilatation, die zur Intoxikation und Hämatoporphyrinurie mit Konvulsionen, Hyperästhesien und Lähmungen führte. Vielleicht ist die Ursache der gastro-duodenalen Dilatation in einem Entwicklungsfehler zu suchen. Schourp-Danzig.

Doppelte Ureteren, von René Le Brun. (Thèse de Paris, 1912.)

Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Akzessorische Ureteren beim Menschen, von L. Bonnaud. (Thèse de Montpellier, 1912.) Fritz Loeb-München.

Bemerkungen über die Behandlung der Albuminurien in der Kindheit, von Albert Galliot. (Thèse de Paris, 1911.) Fritz Loeb-München.

„Essentielle" Hämaturien, von L. Courchet. (Thèse de Montpellier, 1912.) Fritz Loeb-München.

e. Labien, Vagina usw.

Einfluß der Radiumemanation auf die Genitalorgane von Kaninchen, von Fellner und Neumann. (Ztschr. f. Röntgenkunde, 1912, Heft 10) Junge Kaninchen bekamen emanationshaltige Kochsalzlösung (1200—1500 Macheeinheiten pro dosi) zwei Monate lang zu trinken. Dann wurden Ovarien und Uterus histologisch untersucht und erwiesen sich, besonders nach dem Protoplasmareichtum der Zellen im Vergleich zu Kontrolltierbefunden, als frühreif. Werther-Dresden.

Ein Fall von Leukoplakie der Kommissur ohne präexistierende Syphilis, von Queyrat und Bouttier. (Soc. méd. des hôp., 27. Dez. 1912.) Die Verfasser stellen einen Mann mit syphilitischem, zwei Monate alten und in Heilung begriffenem Schanker der Unterlippe vor, in dem Spirochäten nachgewiesen wurden. Außerdem hatte der Mann Drüsenschwellung und ein makulöses Syphilid der Kopfhaut. Wassermann positiv. Es handelte sich also um eine rezente Infektion. Trotzdem wies der Kranke eine Leukoplakie der Kommissur auf. Der Fall zeigt also, daß eine Leukoplakie nicht immer syphilitischen Ursprungs zu sein braucht. In der Diskussion bemerkt Millian, daß die Leukoplakie der Kommissur nicht immer, hingegen diejenige der Zunge immer luetischen Ursprungs ist. A. Gunsett-Straßburg.

Schankriforme Ulzeration an der Vulva eines 3jährigen Kindes, von Thibierge. (Bull. méd., 1912, Nr. 90.) Die Ulzeration hatte das Aussehen eines syphilitischen Primäraffektes; sie war jedoch auf eine banale Läsion gefolgt. Ähnliche Affektionen, die statt zu heilen im Zentrum einsinken, verdickte Ränder bekommen und dann schankriform werden, sind nicht allzu selten am kindlichen Genitale zu finden. Richard Frühwald-Leipzig.

Polypenbildung am Orificium urethrae der Harnblase des Weibes bei Zystitis, von Josef Hertle-Graz. (Beitr. z. klin. Chir., 1912, Bd. 81.) Hertle beschreibt einen Fall von kranzförmig um das Orificium internum urethrae innerhalb des Sphinkters ansitzenden Polypen bei einer Frau, die zwei Jahre vorher an Blennorrhoe, später an Condylomata acuminata an der Urethralmündung und einer großen Karunkel im Anfangsteile der Urethra behandelt worden war. Zurzeit zeigte die Patientin am äußeren Genitale keinerlei krankhafte Veränderung, sondern nur ringsum das Orificium internum massenhafte Tumoren, die klinisch als Papillome imponierten, histologisch aber sich nicht als wirkliche Geschwulstmassen, sondern als chronisch entzündliche Wucherungen erwiesen; daneben bestanden am Blasengrunde leichte zystitische Veränderungen. Die Behandlung geschah nach Erweiterung der Urethra anfangs in Narkose, später unter Lokalanästhesie durch allmähliches Abtragen mit der kalten Schlinge, da Hertle bei energischerem Vorgehen störende Narbenbildungen am Sphinkter befürchtete. Nach zirka fünf Monaten ergab der zystoskopische Befund wieder normale Verhältnisse. Lasch-Breslau.

Prolaps der Urethra bei einem kleinen Mädchen, von F. A. L. Hammond-Maymys, Indien. (Lancet, 7. Dez. 1912.) Ein 5jähriges Mädchen, Tochter europäischer Eltern, wurde wegen Blutung aus der Vulva zur Behandlung vorgestellt. Sonstige objektive Symptome und auch subjektive Erscheinungen fehlten. Bei der Untersuchung

Digitized by Google

in Narkose fand man die Urethra in einer Ausdehnung von ca. 1,5 cm total prolabiert, stark hyperämisch und fast nekrotisch. Nach Abtragung des prolabierten Stückes wurden Katgutnähte angelegt, und es erfolgte vollständige und nach sechs Monaten noch bestehende Heilung. Verfasser führt die Abnormität auf die erschlaffende Wirkung des tropischen Klimas zurück. Philippi-Bad Salzschlirf.

Leukoplakia vulvae, von Hélène Bitchounsky. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Die urämische Vulvitis, von Julien Bailleul. (Thèse de Paris, 1911.) Fritz Loeb-München.

Über die Bartholinitis mit besonderer Berücksichtigung ihrer Behandlung, von Constance Colliat. (Thèse de Montpellier 1912.) Fritz Loeb-München.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Die oberen Luftwege bei den Leprösen des Memeler Lepraheimes, von Georg Cohn. (Ztschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete, 1910.) Wie aus den einschlägigen Untersuchungen des Verfassers hervorgeht, beweist schon das klinische Bild eine außerordentliche Häufigkeit der Erkrankung der oberen Luftwege bei Lepra, ja ihre fast stete Mitbeteiligung. In Übereinstimmung mit der klinischen Beobachtung tut auch die mikroskopische Untersuchung dar, daß die Sekrete der oberen Luftwege fast stets den Hansenschen Bazillus beherbergen. Sowohl im Nasenschleim wie in den Borken war der Leprabazillus in den Fällen des Verfassers stets in enormer Menge vorhanden, auch im Speichel der Erkrankten war er, wenn auch in geringen Mengen, nachweisbar. Die epidemiologische Bedeutung dieser Erscheinung liegt klar. Der Lepröse verstreut ständig Leprabazillen beim Husten, Niesen usw. in die Umgebung, so daß die oberen Luftwege nicht nur für den Patienten selbst den Sitz schwerster Erkrankungen bilden, sondern bei eventuell mangelnder Vorsicht (Reinlichkeit usw.) gegebenenfalls eine ständige Quelle für eine Weiterverbreitung der Infektion in die Umgebung bilden. Graetz-Hamburg.

Über die viszerale Lepra, von T. Sugai-Osaka, Japan. (Zentralbl. f. Bakter., 1912, Bd. 67, H. 4.) Verfasser sezierte elf männliche und zwei weibliche lepröse Leichen und untersuchte deren Organe, besonders unter Berücksichtigung der Veränderungen des Genitalapparates. In acht der Fälle zeigten die Hoden merkbare lepröse Veränderungen mit zahlreichen Leprabazillen fast ausnahmslos in den Samenkanälchen, wobei in sechs Fällen Sparmatozoen nicht gefunden wurden, ebenso die Nebenhoden (mit reichlichen Bazillen in dem Duktus wie den Samenkanälchen). Im Ovarium kommen bei Nervenlepra lepröse Veränderungen in vielen Fällen nicht vor. Die Leber wird häufig (sieben unter elf Fällen) von den Leprabazillen angegriffen und ist vergrößert (lepröse hypertrophische Leberzirrhose). In den Glomerulis der ganz normalen Nieren sieht man ferner nicht selten (in fünf Fällen unter neun untersuchten) Leprabazillen in sehr kleiner Anzahl, ohne daß sie diesbezügliche Veränderungen hervorrufen. Die Speicheldrüsen werden nicht selten von Leprabazillen angegriffen, wenn auch nur in zirkumskripter und leichter Form. Was die Lungen betrifft, so fanden sich in makroskopisch wie mikroskopisch normalem Gewebe zuweilen Leprabazillen in kleinerer Anzahl, und Verfasser glaubt, daß dieselben niemals von vornherein eine ganz gesunde Lunge angreifen. Weitere Befunde wurden auch in Tränen-,

Digitized by Google

Lymph- und Schilddrüsen erhoben. Bezüglich der Haut erwähnt Verfasser schließlich noch, daß die lepröse Infiltration derselben, wenn auch selten, zuerst die dünnen Hautnervenäste angreift, nachher in das subkutane Bindegewebe der Umgebung eindringt und dann weiterwächst. Stern-München.

Über histologische Befunde in der Plazenta Tuberkulose- und Leprakranker, von T. SUGAI und J. MONOBE-Osaka (Japan). (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 67, H. 4.) Verfasser untersuchen histologisch zwölf Plazenten von Leprakranken und sieben von Tuberkulösen; von ersteren gehörten sieben zu der tuberösen und vier zur nervösen Form. Die Resultate sind folgende: im Hyalin oder Fibrin der Plazenta sieht man sehr häufig ziemlich zahlreiche Leprabazillen, welche entweder keine Veränderungen oder lepröse Epitheloidzellen oder Schaumzellen bilden, außerdem findet man sie auch in den Synzytiumzellen, im Chorionzotten, in der Chorionmembran und in den Gefäßwandlungen. Von den sieben Plazenten Tuberkulöser zeigen drei tuberkulöse Veränderungen (miliargroße Herde, welche Tuberkelbazillen enthalten). Das Hyalin oder Fibrin der Plazenta scheint eine regressive Substanz zu sein, welche aus dem Blutgerinnsel unter Mitwirkung der Synzytiumzellen gebildet wird. Die Frage, warum die Tuberkelbazillen im Hyalin der Plazenta nicht, die Leprabazillen dagegen sehr häufig parasitieren, beantworten Verfasser damit, daß die ersteren aerob, letztere aber anaerob sind.

Stern-München.

Fall von Lepra maculo-anaesthetica, von GALLEMAERTS-Brüssel. (Journ. de Bruxelles, 1913, Nr. 3.) Ein typischer Fall. Das rechte Auge ist injiziert, die Kornea infiltriert und vaskularisiert. Am linken Lide ein chalazionähnlicher Knoten, der vielleicht ein Leprom ist. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Lepra anaesthetica, von ALEXANDER. (Journ. de Bruxelles, 1913, Nr. 3.) Bei dem 54jährigen Kranken hatte das Leiden vor sieben Jahren begonnen. Am auffallendsten ist das Aussehen des Gesichtes; es ist durch Muskelatrophie fast völlig unbeweglich, die Unterlippe evertiert, es besteht Lagophtalmus. Die Hände und Füße sind atrophisch, mutiliert. Auf dem Thorax ein zirzinär begrenzter Fleck, im Zentrum normal, an der Peripherie weinrot. Die einzelnen Qualitäten der Sensibilität sind in verschiedenem Grade alteriert, besonders die Schmerzempfindung ist stark gestört.

DELCORDE weist auf das Aussehen der Augen hin (Ektropion, Pannus, Kornealgeschwür), das so charakteristisch ist, daß es allein die Diagnose Lepra gestattete. Der Zustand der Augen wurde durch die Therapie bedeutend gebessert. Richard Frühwald-Leipzig.

Lepra nervosa, von DE BEURMANN und LABOURDETTE. (Bull. méd., 1912, Nr. 100). Ein Patient mit multiplen Flecken, großen anästhetischen Zonen und völliger Blindheit infolge neurotrophischer Keratitis. Die Krankheit trat nach einem zweijährigen Schiffsaufenthalt in Indo-China auf. Da der Patient während der ganzen Zeit vielleicht 20 Tage ans Land gekommen war, bleibt die Ansteckung rätselhaft. Es zeigt sich aber, daß diese doch leichter erfolgen kann als man gewöhnlich annimmt. Richard Frühwald-Leipzig.

Klinischer Beitrag zur Topographie der sensibeln Nervenstörungen bei der Nervenlepra, von CARLO TODDE-Cagliari. (Riv. ital. neurop. psich. ed elettroter., Sept. 1912, Bd. 5, H. 9.) Es handelte sich um einen Fall, bei dem die Differentialdiagnose zwischen Nervenlepra und Syringomyelie äußerst schwierig war. Die Sensibilitätsstörungen der seit 15 Monaten erkrankten 39jährigen Kranken waren symmetrisch verteilt, begannen an den Spitzen der Extremitäten, wo sie

Digitized by Google

am ausgeprägtesten waren, und verliefen bis ins Ansatzgebiet derselben. Am Stamme waren die Regionen, welche Sensibilitätsstörungen aufwiesen, teils segmentär angeordnet, teils inselförmig. Es fehlte die Dissoziation der Sensibilität, aber alle verschiedenen Formen, welche die Sensibilitätsstörungen annehmen können, waren in gleicher Weise vertreten. Diese pseudosegmentäre Anordnung kann von der wahren segmentären Anordnung der Syringomyelie dadurch unterschieden werden, daß — wie es auch bei diesem Kranken der Fall war — die Grenze der unempfindlichen Region keine scharfe ist, sondern daß eine Übergangsregion mit abgeschwächter Sensibilität besteht, ferner dadurch daß unter der pseudosegmentären Anordnung immer die streifenförmige Anordnung in longitudinalen Bändern durch eine genaue Untersuchung herausgefunden werden kann. A. Gunsett-Straßburg.

Das Lepraproblem, von M. E. Marchoux-Paris. (Brit. med. Journ., 2. Nov. 1912.) Das von Stefansky in Odessa zuerst beschriebene Myobacterium leprae murium hat Verfasser eingehend studiert und gefunden, daß in der Tat die dadurch erzeugten Läsionen große Ähnlichkeit mit der menschlichen Lepra aufweisen. Er betont die Leichtigkeit der Einimpfung des Bazillus auf Ratten und auch auf weiße Mäuse. Die dadurch erzeugten Läsionen zeigen Verschiedenheiten im klinischen Bilde, je nachdem die Infektion die oberflächlich gelagerten Drüsen betrifft oder als muskulo-kutane Mischinfektion der menschlichen Lepra ähnelt. In den inneren Organen, Lunge, Nervensystem usw., gedeiht der Mikroorganismus auch. Die Übertragung bei den Ratten in der Freiheit scheint durch gegenseitiges Beißen stattzufinden. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die aus den Läsionen der menschlichen Lepra isolierten Organismen, von C. Duval. (Brit. med. Journ., 2. Nov. 1912.) Aus einer kritischen Besprechung der Befunde von Hansen, Kedrowsky, Rost, Deycke, Clegg, Bayon u. a. und aus seinen eigenen Untersuchungen entnimmt Verfasser hauptsächlich folgende Ergebnisse: es lassen sich aus den Lepraläsionen zwei Arten von säurefesten Bazillen mit charakteristischen Eigenschaften gewinnen; die eine Art läßt sich an saprophytische Daseinsbedingungen gewöhnen und produziert dann Pigment, wobei sie außerordentlich pleomorph wird, während die andere Art langsam wächst und während der ganzen Beobachtungsdauer (zwei Jahre) konstant geblieben ist. Diese bleibt auch immer säurefest, jene dagegen zeigte gelegentlich nicht säurefeste Formen von diphtheroider und streptothrikoider Art und von schnellerem Wachstum. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Differenzierung von Leprabazillen mittels Bakteriolyse. (Zur Frage der Bakteriolyse säurefester Bakterien), von R. Kraus, G. Hofer-Wien und Ishiwara-Tokio. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 9.) Eine Reihe Tierexperimente, aus denen hervorgeht, daß das Serum der mit sogenannten Leprabazillen vorbehandelten Kaninchen spezifisch bakteriolytische Eigenschaften annimmt und die zugehörigen Bazillen im Peritoneum gesunder Meerschweinchen aufzulösen vermag.

Aus den Versuchen ergibt sich außerdem, daß die schon kulturell voneinander leicht differenzierbaren sogenannten Leprastämme nach Duval und Kedrowsky auch mittels des Peritonealversuches als verschieden erkannt werden konnten. Ob diese Stämme, welche von den Verfassern als Lepraerreger angesprochen werden, wirklich solche sind, ist allerdings damit nicht erwiesen.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Eine vergleichende experimentelle Untersuchung betreffs der Leprakulturen von Clegg, Duval, Kedrowsky, Rost und Williams, von H. Bayon-London. (Brit. med. Journ., 2. Nov. 1912.) Verf. zieht aus seinen praktischen Studien in bezug auf den Leprabazillus etwa folgende Hauptschlüsse: Lepröse Läsionen bei Tieren sind nur durch Anwendung von Kedrowskys Kulturen oder von ähnlichen Züchtungen (Bayon) bisher erzielt worden. Die Züchtungen von Duval, Rost und auch von Clegg haben beim Tierversuch keine Lepraläsionen geliefert, und die Kulturen von diesem ihrem Mikroorganismus zeigen das Verhalten von Saprophyten. Eine direkte Übertragung von Menschenlepra auf Ratten ist bei der zweiten Generation in positiver Weise erfolgt; die Übertragung von Kulturen von Rattenlepra hat bei diesen Tieren die für das Leiden charakteristischen Läsionen an den Lymphdrüsen und den inneren Organen ergeben. Ein aus den leprösen Bazillenkulturen hergestellter Auszug bewirkte typische Temperatursteigerungen, aber ein bestimmtes Urteil über den Wert desselben ist noch nicht möglich.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Frage über Kedrowskys „Leprakulturen", von D. Machow-Kieff. (Centralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. 67, H. 6.) M. prüfte die Arbeiten von K., der vor mehr als 10 Jahren eine Reihe von leprösen Reinkulturen erhalten hat, mit einer derselben nach und kam nach weiteren Überimpfungen auf verschiedene Nährboden und Impfversuchen an (30) Mäusen, die ganz genaue Resultate ergaben, zu Ergebnissen, die eher im positiven Sinne (mit Bertarelli), als im negativen, wie es Campanas und Babes Standpunkt ist, zu deuten sind. Der Kedrowskysche Bazillus zeichnet sich durch Verschiedenheit der Form und starke Anpassung an die Lebensbedingungen aus. Er kann zu der Gruppe der Tuberkulose gerechnet werden, ähnelt aber dem Tuberkulosebazillus wenig. Für Kaninchen ist Kedrowskys Bazillus weniger pathogen, als für Mäuse. Die histologischen Veränderungen bei Mäusen und Kaninchen sind verschieden; besonders jene bei den Mäusen erinnern wenig an Tuberkulose, sondern mehr an Lepra. Immerhin sind nach Ms. schließlicher Ansicht zur Entscheidung der Frage, ob die genannte Reinkultur den Lepraerreger darstellt oder nicht, noch weitere Forschungen und Beobachtungen nötig.

Stern-München.

Untersuchung der Jakutenspeise auf Leprabazillen, von A. Paldrock. (Sitzungsber. d. Naturforscher-Ges. zu Dorpat, Jahrgang nicht angegeben.) Der Verf. erfuhr während seines Aufenthaltes in der Mandschurei, daß Jakuten sich durch den Genuß von kranken und verdorbenen Fischen Lepra zuziehen. Man beobachtete in Ostsibirien Fischepidemien, indem Ligulose und Myxosporidiose auftrat; die erkrankten Fische bleiben an der Oberfläche des Wassers, wo sie von Möwen und anderen Vögeln angefallen und zerfleischt werden; diese Fische werden von den Jakuten als „leprös" betrachtet, was dem Verfasser wenig erwiesen erscheint. Mehr Beachtung schenkt er der verdorbenen Fischnahrung der Jakuten, die im Sommer sich große Mengen kleiner Fische fangen, und dieselben ungereinigt und unausgeweidet in Gruben schütten, mit Milch übergießen und dieses in Gärung geratene Gemisch als ihre Winternahrung verwenden, indem sie sie mit Milch oder Dünnbier kochen. Diese sich durch einen widerlichen Geruch auszeichnende Speise, nennen die Jakuten „Söma", und der in Ostsibirien seit Jahren tätige Arzt Papow ist überzeugt, daß dem Genusse von „Söma" die Verbreitung der Lepra unter den Jakuten zuzuschreiben ist.

Dem Verfasser und seinen Mitarbeitern ist es aber nie gelungen, in den Fisch- oder Speiseresten Leprabazillen zu finden; auch mit zu Hilfenahme des Anreicherungsverfahrens Uhlenhuts und der Koslawschen Modifikation (Antiformin und Azeton + Äthermischung) wurden in Schnitt- oder Ausstrichpräparaten bei Färbung mit Thymenviktoriablau und Safranin (Unna) Leprabazillen nicht gefunden. Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Die Leprabazillen im zirkulierenden Blut der Leprösen und im Blut aus dem Herz des Fötus einer Leprösen, von RABINOWITSCH. (Wratschebnaja Gaseta, 1912, Nr. 48, S. 1717.) Verf. hat das Blut von acht Leprösen auf Leprabazillen untersucht und fand, daß von fünf Kranken, deren Blut mehrfach untersucht wurde, bei drei sich jedesmal Leprabazillen nachweisen ließen, bei einem Kranken einmal und bei einem keinmal. Von drei anderen Leprösen, deren Blut nur einmal untersucht werden konnte, zeigten zwei Leprabazillen, einer nicht. Endlich konstatierte Verf. noch bei einem Fötus einer Leprösen im Blut des Herzens Leprabazillen. Arth. Jordan-Moskau.

Die Leprabazillen in der Milch von Leprakranken, von T. SUGAI und J. MONOBE-Osaka (Japan). (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 67, H. 4.) S. und M. untersuchten die Milch von zehn Leprakranken nach und vor der Geburt auf Leprabazillen und hatten in zwei Fällen positives Resultat, wobei auch gleichzeitig im Blute die Bazillen gefunden wurden. Außerdem wurden zwei Milchdrüsen von Leprakranken histologisch untersucht, wobei die Bazillen in dem einen Falle nur in den glatten, die Zitze der Mamma umgebenden Muskelzellen nachweisbar waren, in dem anderen in der äußeren Bindegewebsschicht leichte lepröse Prozesse zeigender Drüsengänge. Die Milchdrüse scheint also für die Leprabazillen kein günstiger Nährboden zu sein. Stern-München.

Über die Rattenlepra, von T. ISHIWARA-Tokio. (Zentralbl. f. Bakter., 1913, Bd. 67, H. 6.) I. hat im Juli 1909 an der Bekämpfung der Pest in Fusan (Korea) mit gearbeitet und dabei Gelegenheit gehabt, Beobachtungen über die dortigen Rattenarten zu machen. Unter 7001 Ratten fand er fünf lepraverdächtige. Bei zweien derselben ergab das Ausstrichpräparat der Geschwüre und verkästen Lymphknoten (Färbung nach ZIEHL) dieselben Leprabazillen wie bei den Menschen, bei den drei anderen Fällen waren keine lepraartigen Bazillen nachzuweisen und auch der pathologische Befund im Gegensatz zu den beiden ersterwähnten Fällen negativ. Für die Diagnose ausschlaggebend ist also nur die bakteriologische Untersuchung (Nachweis der Rattenleprabazillen) und man darf sich durch rein äußere Erscheinungen, zumal bei alten Ratten, nicht zur Lepradiagnose verleiten lassen. Die Frage, ob die säurefesten Leprabazillen der Ratten mit den Leprabazillen des Menschen identisch sind, möchte auch I. bei der großen Schwierigkeit der Übertragungs- (Impf-) Versuche noch für eine offene halten.

Stern-München.

Weitere Beobachtungen über Lepra bei Ratten, von DONALD H. CURRIE. (Public Health Bull., 1911, Nr. 50.) Ausführlicher Sektionsbericht über die an 13 künstlich mit Rattenlepra infizierten Tieren gewonnenen Befunde. Bezüglich der Details wird auf das Original verwiesen. Aus der eingehenden Schilderung der Befunde sei hervorgehoben, daß der Verfasser bei ihren zahlreichen Züchtungsversuchen des fraglichen Erregers vollkommen negative Resultate erzielten, gleichgültig ob die Züchtung auf den gewöhnlichen Nährmedien oder in Symbiose mit anderen pathogenen Keimen, wie Cholera oder zusammen mit Amöben versucht wurde. Nur in einem Falle gelang es, aus den Krankheitsprodukten eine säurefeste Streptothrixart zu züchten. Nach Ansicht der Verfasser handelte es sich aber hierbei nur um eine zufällige Verunreinigung und nicht um den Erreger der Rattenlepra. Graetz-Hamburg.

Lepra der Ratten, von E. MARGHOUX und F. SOREL. (Ann. de l'inst. Pasteur, 1912, Nr. 10.) Der Erreger der Rattenlepra wird bei 60° erst in einer Viertelstunde abgetötet. Er tritt durch die Haut ein, verbreitet sich auf dem Lymphwege und bildet die schwersten Läsionen in den oberflächlichen Schichten, doch muß dies nicht am Orte der Infektion sein. Die Infektion erfolgt zwar, wenn Bazillen in den unverletzten Vorhautsack gebracht werden, doch wird die Krankheit spontan nicht auf genitalem Wege über-

Digitized by Google

tragen. Auch Insekten spielen hierbei keine direkte Rolle. Der häufigste Übertragungsmodus ist der Kontakt verletzter Haut mit frischem Lepramaterial. Die Einführung großer Bazillenmengen per os bewirkt eine primäre Infektion der Lungen. Bei Ratten erzielt man bei der Inokulation stets eine Infektion der Lymphdrüsen, die aber, im Gegensatz zur Spontaninfektion, sehr klein bleiben. Richard Frühwald-Leipzig.

Verhalten der Leprabazillen bei Kaltblütern, von Maurice Couret. (Journ. of exp. Med., 1911, Bd. 13, Nr. 4.) Als wesentlichste Schlußfolgerung der Experimente des Verfassers ergibt sich, daß Morphologie und Biologie des Leprabazillus durch die Art des Nährbodens (Tier- oder künstlicher Nährboden) bestimmt werden. Hervorgehoben sei dabei, daß Verfasser die Auffassung vertritt, daß der Leprabazillus unter günstigen, den natürlichen Verhältnissen entsprechenden Bedingungen eine kurze mehr kokkenartige Form aufweist und daß die aus den Krankheitsprozessen des Menschen bekannten Formen als degenerative Formen zu gelten haben. Graetz-Hamburg.

Die bisherigen Ergebnisse der Leprabehandlung mit Nastin, von Gg. Deycke-Hamburg. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 43.) An der Hand einer kritischen Besprechung der einschlägigen Literatur weist Verfasser darauf hin, daß er niemals von einer Heilung der Lepra durch Nastin gesprochen habe. Seine Ansicht über die Wirkung des Nastins habe er in Bergen dahin formuliert: „Vermittels der Nastintherapie, vorausgesetzt, daß sie lange genug konsequent und sachgemäß durchgeführt wird, lassen sich in einem hohen Prozentsatz der Leprafälle mehr oder minder weitgehende Besserungen der leprösen Symptome, sowie des Allgemeinbefindens bei den Leprakranken erzielen." Angesichts der Statistik mit 62% positiven und 32% negativen Ergebnissen glaubt Verfasser mit Recht sagen zu können, daß die Nastinbehandlung bisher gehalten hat, was Verfasser von ihr vorausgesagt und was er ihr als Gradmesser ihrer Bewertung mit auf den Weg in die Praxis gegeben habe. Verfasser ist der Überzeugung, daß mit der Einführung des Nastins zwar das therapeutische Lepraproblem keineswegs restlos gelöst sei, daß aber das Nastin einen Fortschritt der Lepratherapie bedeutet und daß hier vielleicht ein Weg gewiesen ist, der weiterführt zum Wohle vieler Unglücklicher.
Grätz-Hamburg.

Salvarsan bei Lepra, von Creighton Wellman-New Orleans. (New York med. Journ., 16. Nov. 1912.) W. berichtet hier ausführlich über fünf Fälle klinisch und bakteriologisch sichergestellter Lepra, die mit Salvarsan behandelt wurden und wovon vier Fälle ausgesprochene Besserung zeigten. Die vorläufigen Schlußfolgerungen W.s sind daher folgende: In Fällen, wo der Patient noch nicht zu sehr geschwächt ist, kann Salvarsan ohne Schaden gegeben und Besserung, speziell bei frühzeitiger Anwendung, erwartet werden. Daß das Mittel irgendwie spezifischen oder dauernden Einfluß hat, dafür liegt kein Beweis vor, Arsenik wurde schon lange bei Lepra angewandt und der Beweis ist noch nicht erbracht, daß Salvarsan in seiner Wirkung den anderen schon früher angewandten Arsenikpräparaten überlegen sei. Stern-München.

Ein typischer Fall von „Papierwissenschaft", von G. P. Unna. (Das monistische Jahrhundert, Ernst Reinhard-München, 1912.) In den sehr bemerkenswerten Ausführungen, die nicht allein jeder Dermatologe, sondern auch jeder Arzt lesen sollte, wendet sich Verfasser gegen historische „Wahrheiten", die durch die Tradition von Jahrhunderten als feststehende Tatsachen von einer Generation auf die nächste überkommen sind, die aber bei ernsthafter Prüfung sich als „Papierwissenschaft" herausstellten. So geht es mit der Zaraath, dem „Aussatz" der Bibel, der seit jeher mit der Lepra identifiziert worden ist. Wie wenig Berechtigung dazu vorliegt, beweist er durch einfache Gegenüberstellung der Symptome der Lepra und

Digitized by Google

der in der Bibel geschilderten Zeichen der Zaraath. Dort eine eminent chronische, so gut wie unheilbare Krankheit, die in 10—20jährigem Verlauf allmählich zu schweren Entstellungen und sicher zum Tode führt, hier ein Zustand, der erst durch das Urteil des Priesters vorhanden ist, durch Urteil des Priesters auch wieder für beseitigt erklärt wird, deren Träger für rein, von ihm befreit erklärt werden, sobald er sich über den ganzen Körper verbreitet hat, dort eine Krankheit, die mit furchtbar entstellenden braunroten bis schwarzen Knollen und Flecken einhergeht, deren auffallendstes Symptom ihre Gefühllosigkeit ist, hier die klassische Trias der Zaraath: „ein weißer oder glänzend weißer Fleck an der Haut, eine Vertiefung der Haut an derselben Stelle und eine weiße Verfärbung der Haare auf derselben", ohne die geringste Erwähnung der Gefühllosigkeit auf ihnen. Er weist überzeugend nach, daß nach allem, was die Bibel über Zaraath sagt, gar nicht eine Krankheit gemeint sein könne, es war vielmehr ein Machtmittel der jüdischen Theokratie, das König und Volk gleichmäßig unter die Herrschaft der Priester zwang. Sie allein stellten Vorhandensein oder Verschwinden der Zaraath fest, des „Tabu", wie UNNA sie am besten übersetzen will, und zwar Tabu im Sinne des „Unreinen". Dadurch, daß die erste griechische Übersetzung der Bibel, die Septuaginta (vielleicht irregeführt durch einen griechischen Tempelschreiber, der berichtete, daß beim Auszug der Juden aus Ägypten 90 000 an Lepra gelitten hätten, während es sich nach seiner Beschreibung offenbar um Psoriasis handelte). Zaraath einfach auch mit Lepra übersetzte, wurde nun erst der Begriff der Zaraath als Krankheit festgelegt und war nicht mehr auszurotten. Infolge von weiteren Mißverständnissen, durch Zusammenwürfelung grundverschiedener Krankheiten, der Elefantiasis, des Aussatzes und der Psoriasis, die alle von den verschiedenen Verfassern mit dem griechischen Wort Lepra übersetzt wurden, kam es schließlich dazu, die Zaraath gleich dem Aussatze, gleich der echten Lepra, zu setzen. Damit zugleich war auch ein für allemal der Grund für die „ganz unsinnige Lepraangst" gelegt, die „die Folge des uralten Grauens vor der biblischen Zaraath" ist, was um so unverständlicher ist, als die Lepra in Wahrheit außerordentlich wenig ansteckend ist, viel weniger als Tuberkulose oder gar Syphilis — auch eine Folge der „Papierwissenschaft". H. Lautsch-Graudenz.

Wie weit sind wir mit der Behandlung der Lepra? von PETRINI DE GALATZ-Bukarest. (7. intern. Kongreß f. Derm. u. Syph., Rom, April 1912.) Von allen angeführten Medikationen, wie Nastin, Hektin, Salvarsan, Chaulmoograöl, hat das letztere noch die beste Wirkung. Aber alle genügen sie schließlich nicht; eine Serumvakzine würde für diese Krankheit das beste sein. Am Schlusse seines interessanten Vortrages regt der Verfasser diese Frage und die Festsetzung eines großen Preises für die Erfindung einer solchen Vakzine an und zeichnet selbst 500 Fr. W. Chrzelitzer-Posen.

Lepra tuberculosa, Riesenwuchs und Akromegalie, von DE BEURMANN, L. RAMOND und LARROQUE. (Bull. méd., 1912, Nr. 98.) Ein Patient mit typischer Knotenlepra. Er ist 1,85 m hoch, hat enorm große Hände und Füße. Radiologisch läßt sich eine Verbreiterung der Sella turcica nachweisen. Richard Frühwald-Leipzig.

Studie über Lepra, von D. H. CURRIE und MOSES T. GLEGG. (Public Health Bull., 1911, Nr. 50.) Mit Hilfe der Komplementsbindungsmethode nach BORDET-GENGOU gelingt es, die Leprabazillen von anderen säurefesten Bazillenarten, wie Smegmabazillen, Urinbazillen, Butterbazillen usw., zu differenzieren. Extrakte aus gewissen anderen säurefesten Bazillen als den Leprabazillen lenken zusammen mit dem Serum leproser Komplemente ab. Durch Injektionen einer entsprechend ge-

Digitized by Google

wonnenen Kultur von Leprabazillen gelang es, bei Pferden ein agglutinierendes Serum gegen Leprabazillen zu gewinnen. Graetz-Hamburg.

Lepra, von BONNET. (Lyon méd., 1912, Nr. 43.) Ein Spanier mit typisch leprösem Gesichte. Ferner pigmentierte Flecken, lepröse Knoten, anästhetische Zonen und Ulzerationen an den Beinen. Die Injektionen von Salvarsan scheinen keinerlei Wirkung zu haben. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Kontagiosität der Lepra, von C. R. M. PATTISON. (Brit. med. Journ., 16. Nov. 1912.) In einer kürzeren Mitteilung erwähnt Verfasser, daß er bei seinen vorwiegend auf Robben Island ausgeführten Leprabeobachtungen verschiedentlich Beispiele angetroffen habe, welche für die hereditäre Übertragung des Leidens zu sprechen scheinen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Vererblichkeit der Lepra und einiger anderer Infektionskrankheiten, von A. SUGAI und J. MONOBE-Osaka (Japan). (Centralbl. f. Bakt., 1912, Bd. 67, H. 5.) Verfasser überwachten während der Jahre 1910 und 1912 eine Anzahl (12) Geburten von Leprakranken und untersuchten die Leprabazillen im zirkulierenden Blute der Kinder, welche keinerlei Symptome von Lepra zeigten. Weitere Versuche wurden mit Tuberkelbazillenemulsion, mit Typhusbazillen und Kolibazillenemulsion und Überimpfung derselben auf Meerschweinchen angestellt. Die Ergebnisse sind folgende: die Lepra- und Tuberkelbazillen und kleine Kokkenarten können die gesunden Plazentargefäße von Menschen und Tieren passieren und vom mütterlichen Blute in das fötale gelangen. Die Zahl der betreffenden Mikroorganismen im letzteren ist immer eine ganz kleine. Bacterium coli commune oder Typhusbazillen können die Placentargefäße kaum passieren. Alle genannten Mikroorganismen können vom Hoden in die Samenblasen gelangen. Die Tuberkelbazillen bleiben im Samen lebensfähig und können sich an geeigneten Stellen vermehren und dort tuberkulöse Prozesse hervorrufen. Eine väterliche direkte Vererbung und mütterliche Infektion mit Lepra, Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten lassen sich demnach im Fötalleben nicht ausschließen.

Stern-München.

Eine statistische Studie über Nasenerkrankung bei Lepra, von HARRY T. HOLLMANN. (Public Health Bull., 1911, Nr. 50.) Tabellarische Zusammenstellung über die Häufigkeit nasaler Affektionen bei Leprösen. Die Beobachtungen erstrecken sich auf 500 Fälle von Lepra. Graetz-Hamburg.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Die spezifische Komplementablenkungsreaktion bei Blennorrhoe, ihr Wert als diagnostisches Hilfsmittel, von JAMES A. GARDNER und G. H. A. CLOWES-Buffalo. (New York med. Journ., 12. Okt. 1912.) Die Komplementablenkungsreaktion wurde in einer Reihe von 106 Fällen der verschiedensten Formen von Blennorrhoe nach der von SCHWARTZ & MCNEIL empfohlenen Methode (mit polyvalentem Antigen) angewandt und ermöglichte eine spezifische Differenzierung selbst bei gleichzeitiger Syphilis und anderen Krankheiten, die Komplementablenkungserscheinungen aufweisen. Die Wichtigkeit dieser diagnostischen Methode ist besonders für das weibliche Geschlecht eine hohe, z. B. in den letzten Schwangerschaftsmonaten kann sie zu prophylaktischen Maßnahmen sowohl gegen die Ophthalmoblennorrhoe des Kindes wie zum Schutze der Mutter führen. Sie wird ferner bei verschiedenen Gelenksaffektionen dem Chirurgen eine sichere Stütze bieten und viele Fälle von hartnäckigem Rheumatismus und blennorrhoischen Ursprungs

Digitized by Google

können durch diese Methode diagnostiziert und durch geeignete Behandlung bedeutend gebessert werden. Hervorzuheben ist, daß wahrscheinlich in manchen schweren Fällen chronischer Art die Reaktion noch einige Zeit nach vollendeter Kur vorhanden sein kann. Die Fälle, welche negative blennorrhoische Reaktion geben (mit Ausnahme der in den ersten drei Wochen nach der Infektion untersuchten), zeigten auch bei der mikroskopischen Untersuchung keine Diplokokken und können mit Wahrscheinlichkeit als nicht blennorrhoische angesehen werden. Wenn die Komplementablenkungsreaktion zwar nicht bei gewöhnlichen Fällen von Blennorrhoe als gebräuchlich zu erklären ist, so wird sie bei Ehekandidaten, wo es oft so schwierig ist, nach sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung eine Diagnose zu stellen, ebenso große Dienste tun wie die Wassermannsche Reaktion. Tabellarische Übersicht der verschiedenen, mit der blennorrhoischen Serumreaktion behandelten Fälle und genaue Beschreibung der Darstellung der verschiedenen dazu benötigten Substanzen, wie Antigen, Alkoholätherextrakt aus Schafniere usw. Stern-München.

Die Intradermoreaktion bei der Blennorrhoe, von M. Giorgis-Turin. (Gazz. osped. e Clin., 1912, Nr. 116.) Bei den verschiedenen blennorrhoischen Affektionen wurden bereits mit allen Immunitätsreaktionen Versuche angestellt. So wurde vermittels der Methode der Komplementablenkung die Existenz von Antikörpern besonders bei den durch Arthritiden, Adnexitiden, Epididymitiden komplizierten Blennorrhoen nachgewiesen. Bezüglich des Nachweises der Agglutinine und Präzipitine stimmen die Resultate der verschiedenen Verfasser nicht miteinander überein.

Verfasser hat nach einigen stets mißlungenen Versuchen mit den Kutireaktionen Untersuchungen über die Intradermoreaktion ausgeführt. Zu dieser benutzte er stets die Außenfläche eines Armes; zu gleicher Zeit wurde eine Kontrollreaktion mit einer 0,5%igen Phenollösung ausgeführt. Zuerst benutzte Verfasser Gonokokkenvakzine und zwar das Bruck'sche Arthigon und die polyvalente Vakzine der Kaiser-Friedrich-Apotheke; später wendete er wässerige Gonokokkenextrakte, d. h. künstliche Aggressine nach Wassermann und Citron an.

Aus Verfassers Resultaten geht hervor, daß bei Blennorrhoikern auf die intradermatische Impfung eine lokale anaphylaktische Reaktion folgt.

Der hohe Prozentsatz positiver Reaktionen bei akuten und bei komplizierten Formen von Blennorrhoe steht mit den Resultaten im Einklang, die mit der Komplementbindungsmethode erhalten wurden, und beweist ferner, daß die Blennorrhoe nicht immer eine rein örtliche Krankheit ist, sondern in gewissen Stadien, ebenso wie sie deutliche und konstante Blutveränderungen erzeugt, auch die Entstehung von Antikörpern und von jenen noch unbestimmten Substanzen herbeiführt, welche die anaphylaktischen Reaktionen auslösen. K. Rühl-Turin.

Über die Einwirkung von gallensauren Salzen auf Gonokokken, von Karl Ritter v. Hofmann-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 44.) Angeregt durch Lorhleins Mitteilungen hat der Verfasser vor mehr als zwei Jahren begonnen, den Einfluß gallensaurer Salze auf Gonokokken und Blennorrhoe zu studieren. Er veröffentlicht seine Resultate jetzt, nachdem es Dufaux gelungen ist, eine lösliche Silberverbindung, das Choleoal, zu gewinnen; ihm war es trotz verschiedener Versuche nicht gelungen, eine gallensaure Verbindung des Silbers von genügender Wirkung herzustellen. Er hatte sich darum begnügt, 5—10%ige Lösungen von gallensaurem Natrium (hergestellt aus Rindergalle) einige Minuten auf die blennorrhoisch erkrankte Schleimhaut einwirken zu lassen und dann Injektionen oder Spülungen mit einem Silbersalz vorzunehmen. Er hat mit einer derartigen kombinierten Behandlung den Verlauf der Erkrankung entschieden abgekürzt. W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Hat die Blennorrhoea neonatorum abgenommen? von CREDÉ-HÖRDER-Berlin-Friedenau. (Centralbl. f. Gynäkol., 1912, Nr. 45.) In einer Statistik 1895 hatten 13% der Blinden ihr Augenlicht durch Blennorrhoe verloren, heute nach 17 Jahren sind es noch 12,39%, also keine großen Fortschritte. Verfasser tritt bei der Gefahrlosigkeit der Prophylaxe für obligatorische Einführung derselben ein. Haas-Hamburg.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Durch Alkaliabgabe des Glases bedingte toxische Nebenwirkungen nach intravenösen Salvarsaninjektionen („Glasfehler"), von RUDOLF MATZENAUER-Graz. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 11.) Die genaueste Beachtung peinlichster Asepsis, sorgfältigster Technik, auch das Ausschalten rezent syphilitischer Individuen hat es nicht verhindern können, daß selbst inmitten einer Serie von Salvarsaninjektionen, selbst bei Patienten, die schon eine oder mehrere Salvarsaninjektionen vorher ohne die geringsten Beschwerden vertragen hatten, plötzlich ein toxischer Symptomenkomplex zur Beobachtung kam. Auf der Suche nach einer anderen zufälligen Verunreinigung wurde Verfasser darauf aufmerksam gemacht, daß gewisse Glasarten Alkali abgeben und dadurch die Injektionsflüssigkeit verändern. In der Tat haben zahlreiche Untersuchungen an den verschiedensten Gläsern ergeben, daß diese Alkaliabgabe bei manchen Gläsern hohe Grade erreichen kann. Prüfung des zum Auskochen der Gläser benutzten destillierten Wassers mit Phenolphthalein ergaben Färbung bis zu starkem Rot. Derartige Lösungen, zu Salvarsaninjektionen verwendet, haben in einzelnen Fällen tatsächlich den toxischen Symptomenkomplex hervorrufen können. Da mehrere Male ausgekochte Gläser kein Alkali mehr abzugeben pflegen, der Fehler sich also leicht ausschalten läßt, macht Verfasser auf diese Möglichkeit, die in einzelnen Fällen sicher das Fieber erklären kann, aufmerksam. W. Lehmann-Stettin.

Über Aqua destillata zur Salvarsanbereitung, von Apotheker R. SCHRAMM-Dresden. (Berl. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 10.) Verfasser fand in dem D.A.B.V. entsprechenden Aqua destillata nach reichlicher Filtrierung durch Watte in dem Filter deutliche Kupferspuren, die aus bakteriendichten Filterkerzen stammten, durch welche das Wasser vorher gegangen war. Solche minimale Kupferbeimengungen sind imstande, Nebenwirkungen bei intravenösen Injektionen zu machen, so daß an ein einwandfreies Aqua destillata zur intravenösen Injektion strengere Anforderungen zu stellen sind als im D.A.B.V. (am einfachsten Filtrieren durch Watte). H. Lautsch-Graudenz.

Die Behandlung von Erkrankungen, die auf pflanzliche Parasiten zurückzuführen sind, mittels intramuskulärer Quecksilberinjektionen, von BARTON LISLE WRIGHT. (Med. Record, 22 Febr. 1913.) Verfasser, der schon in früheren Jahren mehrere 100 Fälle von Tuberkulose mit Quecksilber behandelt und darüber berichtet hat, ist der Überzeugung, daß Quecksilber eine chemische Affinität zum Tuberkelbazillus hat. Er ist heute der Meinung, daß dies für alle pflanzlichen Parasiten zutrifft, und berichtet eine Reihe von Fällen, die er mit gutem Erfolg mittels intramuskulärer Injektionen löslicher Quecksilbersalze behandelt hat, darunter Typhus, Lymphangitis, Bronchopneumonie, Furunkulose, blennorrhoische Zystitis und Arthritis und verschiedene Formen von Injektionen mit Bacillus coli (!). W. Lehmann-Stettin.

Schönheitskuren, von HORACE GREELEY-Brooklyn. (Med. Record, 18. Jan. 1913.) Verfasser führt die in Kurpfuscheranzeigen so vielfach empfohlenen Kuren auf ihren

Digitized by Google

wirklichen Wert zurück und macht eine Reihe Angaben über das, was sich erreichen läßt und wissenschaftlich feststeht, in Fällen von Haarausfall, Sommersprossen runzlicher Haut, Haarfärbung usw.; ohne wesentlich Neues zu bringen.

W. Lehmann-Stettin.

Verschiedenes.

Dem Vorstande der urologischen Abteilung der Wiener Allgemeinen Poliklinik, Reg.-Rat. Prof. Anton v. Frisch, wurde der Titel eines k. k. Hofrates verliehen.

Die Kais. Akademie der Wissenschaften in Wien hat dem Prof. Eugen Steinach-Wien aus dem Legate des Prof. Wedl eine Subvention für seine Arbeit „Über die Funktionen der Pubertätsdrüsen" bewilligt.

Dem gewesenen Assistenten der Hautkliniken zu Genua und Modena Dr. Leonardo Martinotti wurde die in Genua erlangte Venia legendi aus Dermatologie und Syphilis für Modena übertragen.

Die Hauptversammlung der **Deutschen Gesellschaft für Volksbäder** fand am 30. April in Breslau statt. In derselben hielt Prof. Carl Bruck-Breslau einen Vortrag über Nutzen und Schaden von Bädern bei gesunder und kranker Haut.

Aus Anlaß des Regierungsjubiläums des Deutschen Kaisers wird in der Provinz Westfalen die Gründung einer **Krebs- und Lupusstiftung** beabsichtigt, die im Anschlusse an die zu errichtende medizinische Fakultät der Universität Münster i. W. auch dem wissenschaftlichen Studium zugute kommen soll.

In der vom 21.—26. September in Wien stattfindenden **85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte** werden in gemeinsamen Sitzungen mehrerer Abteilungen folgende Vorträge von dermato-syphilidologischem Interesse gehalten werden: Bárány-Wien, Klinik des Bogengangapparates; Hektor Weiss-Innsbruck, Pellagrabekämpfung in Tirol. Auch das Thema Tabes und Paralyse wird zur Diskussion gelangen. — Ferner wird eine Ausstellung: Die Photographie in ihrer Anwendung auf Medizin und Naturwissenschaft vorbereitet, zu welcher Anmeldungen bis 15. Juni an Hofrat J. M. Eder, Wien VII, Westbahnstr. 25, zu richten sind.

Die Verleihung der Subventionen aus der **Adelheid Bleichröder-Stiftung** für Arbeiten auf dem Gebiete der Medizin in der Höhe von 5790 M. für das laufende Jahr findet am 25. September d. J. auf der Wiener Naturforscherversammlung statt. Gesuche sind an Prof. B. Rassow, Leipzig, Stephanstr. 8, zu richten.

Die k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien schreibt den **Dr. Moriz Goldberger-Preis** von 2000 Kronen diesmal für das Thema Entstehung und Therapie der Reflexanurie aus. Bewerber aus Österreich und Deutschland haben ihre Arbeiten bis 15. Mai 1915 einzureichen.

Der Landtag von Bosnien und Herzegowina hat ein bereits sanktioniertes Gesetz über obligatorische **Blatternschutzimpfung** beschlossen, nach welchem jedes Kind bis zum zweiten Lebensjahre der Impfung und im achten der Wiederimpfung zu unterziehen ist.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

17. Mai 1913 | Nr. 20 | Band 56

Aus dem Staatlichen Hygienischen Institut zu Hamburg (Direktor: Prof. Dr. Dunbar).
(Abteilung für serobiologische Untersuchungen.)

Studien zur Frage der Verfeinerung der Wassermann-schen Reaktion mit besonderer Berücksichtigung der sog. „paradoxen Sera".

Von

Dr. med. Fr. Graetz.

Wohl kaum eine zweite biologische Reaktion ist Gegenstand einer so eingehenden und zugleich an Kontroversen reichen Diskussion gewesen, und hat außerdem so zahlreiche mehr oder weniger kritisch begründete Eingriffe über sich ergehen lassen müssen, wie die Wassermannsche Reaktion. Das Bestreben, die Originalmethode zu verfeinern und sie durch eine Vereinfachung der Technik nach Möglichkeit der Allgemeinheit der Ärzte zugänglich zu machen, hat im Laufe der Zeit eine Reihe von sog. Modifikationen gezeitigt, die sich nach den einschlägigen Angaben in der Literatur auch praktisch bis zu einem gewissen Grade als brauchbar erwiesen haben, wenn auch in den meisten Fällen nur neben der Originalmethode und als Ergänzung derselben. Auf eine genauere Besprechung dieser verschiedenen Modifikationen, soweit sie mit eingreifenden Veränderungen an der Originaltechnik einhergehen, glaube ich verzichten zu können, und zwar um so mehr, als die in Frage kommenden Modifikationen fast durchweg einen wirklich dauernden praktischen Erfolg sich nicht zu sichern vermochten und heute wohl kaum mehr als eine historische Bedeutung beanspruchen können. Den ruhenden Pol in der Erscheinungen Flucht bildet nach wie vor die praktisch ohne Zweifel glänzend bewährte Originaltechnik.

Es wäre indessen verfehlt, zu glauben, daß wir bezüglich der Originaltechnik heute bereits am erstrebenswerten Ziele, oder doch wenigstens an der Grenze des Erreichbaren angelangt wären. Ein Blick in die einschlägige Literatur, besonders in diejenige neueren Datums, belehrt uns nur zu bald, daß gerade auf diesem Felde noch mancherlei zu tun übrig ist, ehe das erstrebenswerte Ziel einer absoluten diagnostischen Sicherheit und namentlich einer möglichsten Gleichmäßigkeit der Versuchsergebnisse erreicht ist.

Digitized by Google

Gerade in jüngster Zeit ist die Diskussion über eine zweckdienliche Ausgestaltung der Originaltechnik der WR. wieder ganz erheblich in Fluß gekommen und hat in verschiedener Hinsicht zweifellos bereits greifbare Erfolge gezeitigt. Diese, wenn auch bislang noch geringen Erfolge, die hinsichtlich der Ausgestaltung der Originaltechnik erzielt werden konnten, sind aber um so erfreulicher, als gerade in letzter Zeit aus den Kreisen der Praktiker wieder mehrfach Klagen über die Unzuverlässigkeit der WR. laut geworden sind, Klagen, die leider der Berechtigung keineswegs entbehren. So berichtet z. B. Römhild in einer vor kurzem in der Münchener medizinischen Wochenschrift erschienenen Mitteilung erneut über Beobachtungen, wie sie uns seinerzeit schon Freudenberg zur Kenntnis gebracht und zur Diskussion gestellt hatte, Beobachtungen, welche allerdings nicht dazu angetan sein können, das Prestige der WR., die in den Augen vieler Kliniker leider schon, wenn auch vielfach in ungerechtfertigter Weise, in einen nicht unerheblichen Mißkredit gekommen ist, besonders zu heben.

Neben den sog. „Versagern", d. h. den negativen Reaktionen bei Fällen mit manifesten Erscheinungen der Syphilis, dürften wohl am meisten die bei Untersuchung ein und desselben Serums in verschiedenen als einwandfrei geltenden Instituten beobachteten, zum Teil erheblichen Divergenzen in den Versuchsergebnissen — Beobachtungen, wie sie ja auch den Mitteilungen von Freudenberg, Römhild u. a. zugrunde liegen — den Anlaß zu Klagen geben. Leider bleiben ja, wie Römhild mit Recht betont, die meisten derartigen Beobachtungen, in denen ein so krasser Widerspruch in den Versuchsergebnissen zutage tritt, wie gerade in den von Römhild und Freudenberg mitgeteilten Fällen, dem Biologen unbekannt und geben dann mangels einer entsprechenden Aufklärung nur zu leicht Anlaß, die WR. bei den in Frage kommenden Klinikern zu diskreditieren. Ist man ja doch gerade in Praktikerkreisen nur allzu leicht geneigt, derartige Erscheinungen nicht sowohl einer in vieler Hinsicht zweifellos noch verbesserungsbedürftigen Technik, als vielmehr einer fehlerhaften Funktion der Reaktion, d. h. einer Unspezifität derselben zur Last zu legen, ohne dabei zu bedenken, daß derartige Erscheinungen, wie Ritz und Sachs neuerdings mit Recht hervorhoben, „in den Grenzen der Technik und Methodik, die eine absolute Identität der Versuchsbedingungen nicht ermöglichen, gelegen sind". Zu diesem in dem Wesen der biologischen Reaktion begründeten unleugbaren Mängel, der sich allerdings durch entsprechende Sorgfalt in der Technik auf ein Minimum reduzieren läßt, gesellt sich noch als weitere Fehlerquelle der Mangel in der Einheitlichkeit der Methodik der verschiedenen Untersuchungsstellen. Ist es doch schon von Anfang an die auch heute noch keineswegs verstummte Klage gewesen, daß kaum zwei Institute, selbst wenn sie sich der Originalmethode bedienen, mit absolut gleicher Technik arbeiten, daß sich vielmehr fast in jedem Laboratorium gewisse Eigentümlichkeiten in der Technik, welche sich den in Frage kommenden Untersuchern im Laufe der Zeit als zweckmäßig erwiesen, eingebürgert haben, die naturgemäß schon von vornherein die Möglichkeit von Differenzen im Ausfall der Reaktionen in sich schließen.

Leider haben alle nach dieser Richtung bislang angestrebten Reformen

Digitized by Google

und Versuche zu einer Vereinheitlichung der Technik einen durchgreifenden Erfolg nicht zu erzielen vermocht, trotzdem gerade dieser Mangel in der Einheitlichkeit der Methodik stets als drückend empfunden wurde und zwar, wie ich schon an anderer Stelle betont habe, namentlich dann, wenn es gilt durch den Vergleich mit den Untersuchungen anderer Verfasser ein Urteil über die Leistungsfähigkeit der Methode an sich und namentlich über den Wert der eigenen Untersuchungen zu gewinnen.

Soweit es sich um Differenzen in den Untersuchungsresultaten handelt, welche mit ein und demselben Blutserum an verschiedenen Stellen gewonnen sind, können ja allerdings die eben erwähnten unter Umständen scheinbar recht unerheblichen Differenzen in der Versuchsanordnung durchaus genügen, um eine hinlängliche Erklärung für die an verschiedenen Untersuchungsstellen gewonnenen differenten Untersuchungsresultate abzugeben, wenn anders eine absolut einwandfreie Arbeit an den verschiedenen Stellen vorausgesetzt werden kann. Wie wir aus den einschlägigen Mitteilungen der Literatur wissen, handelt es sich bei den divergierenden Versuchsergebnissen aber keineswegs immer um die Resultate verschiedener Untersucher, sondern in einem Teil der Fälle sogar um divergierende Resultate ein und desselben Institutes, trotzdem hierbei Untersuchungen, die mit ein und demselben Serum und unter absolut gleichen Versuchsbedingungen gewonnen sind, in Frage kommen.

Das Bedenkliche derartiger Erscheinungen liegt darin, daß die mit der WR. gewonnenen Resultate auf diese Weise vielfach nur einen relativen Wert besitzen, während andererseits mit Recht absolute Standardwerte gefordert werden müssen, wenn anders dem Ausfall der WR. die ihm namentlich von A. Neisser und seiner Schule vindizierte Bedeutung für Therapie und Prognose zuerkannt werden soll. Es ist selbstverständlich, daß paradoxe Ergebnisse der Reaktion, die, wie wir offen eingestehen müssen, ja leider nicht gerade zu den Seltenheiten gehören das Vertrauen der Praktiker zu einer diagnostischen Methode, hinsichtlich deren Wesen wir durchaus auf dem Boden des Hypothetischen stehen, erheblich erschüttern müssen, und nur allzu häufig hat man Gelegenheit aus dem Munde von Praktikern zu erfahren, daß die ursprüngliche Begeisterung für die WR. bereits einem unverkennbaren Mißtrauen gegen dieselbe gewichen ist.

Die brandenden Wogen der ersten literarischen Hochflut, welche das Erscheinen der WR. allerorts hervorgerufen hatte, haben sich allmählich zu glätten begonnen, und anstelle der Häufung von Tatsachenmaterial beginnt die Kritik, die mit dieser Häufung des Tatsachenmaterials leider keineswegs immer gleichen Schritt gehalten hat, in erhöhtem Maße ihre Rechte geltend zu machen.

Die stets wachsende Erkenntnis, daß für die eingangs geschilderten Unstimmigkeiten in den Versuchsergebnissen bei der WR. vor allem gewisse Unzulänglichkeiten in der heute noch an den meisten Stellen geübten Technik der Originalmethode verantwortlich zu machen sind, hat eine ganze Reihe von Autoren veranlaßt, an der bislang geübten Technik die verschiedenartigsten Verbesserungen und „Modifikationen" vorzunehmen. Diese letzteren „Modifikationen" unterscheiden sich allerdings von den eingangs einmal kurz erwähnten, mit eingreifenden Ver-

Digitized by Google

änderungen an der Originaltechnik einhergehenden „Modifikationen" insofern, als sie das Prinzip der ursprünglich von WASSERMANN und seinen Mitarbeitern eingeführten Versuchsanordnung im wesentlichen wahren, und nur durch eine Umgestaltung der zwischen den einzelnen Komponenten der Reaktion bestehenden mehr quantitativen Wechselwirkungen den für eine sichere und exakte Diagnosenstellung unbedingt erforderlichen optimalen Verhältnissen möglichst nahe zu kommen und auf diese Weise auch gleichzeitig eine größere Vereinheitlichung der an den verschiedenen Untersuchungsstellen angewandten Versuchstechnik zu erreichen suchen.

Wenn unsere Kenntnisse über das eigentliche Wesen der WR. heute auch noch recht lückenhafte sind, so steht doch wenigstens so viel fest, daß das biologische Phänomen, welches wir als WR. kennen, keine echte Antigen-Antikörperreaktion im strikten Sinne des Wortes, also eine Wechselwirkung zwischen einem Infektionserreger und seinem zugehörigen spezifischen Immunkörper darstellt, und demgemäß auch keineswegs in jeder Richtung den Gesetzen der Immunitätserscheinungen folgt. Im wesentlichen dürfte das Phänomen der Komplementbindung, wie es in der positiven WR. in Erscheinung tritt, nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse als eine den Gesetzen kolloider Reaktionen folgende Erscheinung zu betrachten sein, für welche die Auswahl der optimalen Reaktionsverhältnisse die conditio sine qua non für ein sicheres und gleichmäßiges Funktionieren darstellt.

Mit Rücksicht auf die Vielheit der bei der Reaktion beteiligten Komponenten dürften auch die Wege, auf denen dem Ziele der optimalen Verhältnisse am nächsten zu kommen ist, mannigfaltig sein, und wie uns ein Blick in die einschlägige Literatur zeigt, sind sie auch von den verschiedenen Verfassern meist schon mit mehr oder weniger Erfolg betreten worden. Entsprechend der wichtigen Rolle, die das Antigen für das Zustandekommen der Reaktion spielt, hat man zunächst seine Aufmerksamkeit naturgemäß den Extrakten zugewandt und hier den zweckmäßigsten Angriffspunkt für die Verbesserungen der Technik zu finden gehofft. Die Bestrebungen, ein chemisch definiertes, in seiner Zusammensetzung konstantes Antigen zu gewinnen, sind bislang von einem durchschlagenden Erfolg leider nicht begleitet gewesen, wenn auch die Herstellung der künstlichen Lipoidgemische durch SACHS und RONDONI selbst angesichts des Ausbleibens eines dauernden Erfolges unzweifelhaft als ein nicht zu unterschätzender Schritt vorwärts angesehen werden muß. Andere Arten von Extrakten, wie die von SACHS angegebenen Cholesterin-Herzextrakte, sowie die von KOLLE und seinen Mitarbeitern empfohlenen Azetonextrakte aus den Lebern syphilitischer Föten haben eine günstigere Aufnahme und Dank ihrer Brauchbarkeit eine schnellere Einführung in die Praxis gefunden, ohne daß jedoch die genannten Extrakte oder auch die unter der Kontrolle von A. v. WASSERMANN oder KOLLE fabrikmäßig hergestellten alkoholischen Extrakte aus den Lebern syphilitischer Föten eine Lösung des Problems, soweit es sich wenigstens um die sog. Versager und um die paradoxen Reaktionen handelt, mit sich gebracht hätten.

An sich dürfte die Lösung der schwebenden Frage von den qualitativen Verbesserungen der einzelnen Extrakte wohl kaum zu erwarten

Digitized by Google

sein, um so mehr als wir heute aus zahlreichen einschlägigen Versuchen nur zu genau wissen, daß das endgültige Verhalten der Extrakte in der Reaktion selbst unter der Voraussetzung der absoluten Konstanz erst durch die Wechselbeziehungen zwischen dem Extrakt und den übrigen Komponenten der biologischen Reaktion bestimmt wird. In dieser Tatsache liegt es auch begründet, daß wir selbst bei Verwendung durchaus gleichwertiger, ja sogar identischer Extrakte gegebenenfalls doch differente Resultate bei Untersuchung des gleichen Blutserums an verschiedenen Untersuchungsstellen erhalten können, wenn nicht gleichzeitig auch bezüglich der übrigen Komponenten der Reaktion absolut einheitliche Prinzipien maßgebend sind. Von einer einseitigen Verbesserung der Extrakte allein dürfen wir ohne gleichzeitige durchgreifende Umwandlung auch der die übrigen Komponenten der Reaktion betreffenden Arbeitsprinzipien die Ausschaltung der paradoxen Reaktion und der sog. Versager nicht erwarten.

Was eine weitere Komponente der Reaktion, nämlich das Patientenserum, anlangt, so dürfte hierbei von einer Änderung der quantitativen Verhältnisse ebenfalls nicht viel zu erwarten sein. Von einer Steigerung der Serumquantität über die ursprünglich von Wassermann und seinen Mitarbeitern allerdings empirisch angenommenen Mengen von 0,2 bzw. 0,1 ccm hinaus, eine Maßnahme, die ja bekanntlich nach den Untersuchungen von Nonne, Hauptmann u. a. bei der Untersuchung des Liquors so gute Erfolge gezeitigt hat, muß wegen der den höheren Serumdosen vielfach eigenen antikomplementären Wirkung in den meisten Fällen wohl Abstand genommen werden, wenn nicht gleichzeitig eine weitgehende Veränderung in den quantitativen Verhältnissen des hämolytischen Systems vorgenommen werden soll.

Die besten Aussichten auf eine erfolgreiche Beseitigung der eingangs erwähnten Fehlerquellen bietet naturgemäß eine optimale gegenseitige Abstimmung der beiden Antagonisten der Reaktion, d. h. der hemmenden Substanzen, wie sie im Patientenserum und im Extrakt, und der lösenden Faktoren, wie sie im hämolytischen System verkörpert sind. In der Tat stellt der Ausfall der WR. gewissermaßen das Endergebnis eines Kampfes zwischen den hemmenden Substanzen und den lösenden Faktoren dar, wobei es dann je nach dem Übergewicht des einen oder des anderen Systems zur Lösung, also zum negativen Resultat, oder zur Komplementbindung, d. h. zum positiven Ausfall der Reaktion kommt. In einer sachgemäßen gegenseitigen Abwägung dieser beiden antagonistischen Systeme und in der Schaffung optimaler Verhältnisse für den Reaktionsverlauf, muß demnach der Schwerpunkt für eine zweckdienliche Ausgestaltung der Reaktionstechnik liegen, eine Erkenntnis, welche in neuester Zeit eine Anzahl von Verfassern zum Leitmotiv für ihre einschlägigen Experimente gewählt haben.

Entsprechend der komplexen Natur des Hämolysins ergeben sich auch hier naturgemäß wieder zwei Angriffspunkte für die Durchführung des Verfeinerungsproblems, nämlich der Ambozeptor und das Komplement, zwei Faktoren, welche in der Tat auch den Kernpunkt in den einschlägigen neueren Forschungen auf dem Gebiete der Verfeinerung der WR. bilden, während die dritte Komponente des hämolytischen Systems,

Digitized by Google

die Blutkörperchenaufschwemmung, eine mehr untergeordnete und zwar vorwiegend passive Rolle zu spielen berufen ist.

Wenn man zunächst den Ambozeptor in Betracht zieht, so sind es namentlich die in jüngster Zeit erschienenen Untersuchungen von Jacobäus, Mintz und Rossini, welche die Wirkungsweise des Ambozeptors überhaupt und namentlich die Bedeutung, welche eine Summierung der im Menschenserum enthaltenen Normalambozeptoren gegen Hammelblut mit den bei der Reaktion, entsprechend den Vorschriften der Originalmethode, gebräuchlichen Immun-Hammelhämolysinen event. für den Ausfall der WR. gewinnen kann, zum Gegenstand ihrer speziellen Untersuchungen gemacht haben. Daß der Gehalt des menschlichen Serums an Normalambozeptoren gegen Hammelblut, auf den seinerzeit besonders L. Michaelis und Georg Meier aufmerksam gemacht haben, von geringen Schwankungen abgesehen, durchschnittlich ein recht erheblicher ist, das haben bereits Sachs und Altmann in ihren im Jahre 1908 erschienenen Abhandlungen mit Nachdruck betont. Schon damals hatten indessen die genannten Verfasser den Eindruck gewonnen, als ob gerade jener Gehalt des Menschenserums an Normalambozeptoren, der auf der einen Seite, dank der hierdurch bedingten Verschärfung des hämolytischen Systems, die unter solchen Voraussetzungen mit der WR. gewonnenen positiven Ergebnisse um so beweiskräftiger erscheinen läßt, in manchen Fällen von manifester Syphilis den Grund für den negativen Ausfall der Seroreaktion darstelle. Das gleiche Empfinden hat eine Reihe anderer Verfasser u. a. Noguchi, Bauer und Hecht angeregt, die Ausschaltung der im menschlichen Serum enthaltenen Normalambozeptoren, deren Stärke nach den Angaben von Noguchi zwischen 9 und 20 hämolytischen Einheiten schwanken kann, zu versuchen, indem sie entweder ein anderes hämolytisches System, gegen das sich die Normalambozeptoren des Menschenserums als unwirksam erwiesen, in die Reaktion einführten (Noguchi), oder die Normalambozeptoren des Patienten selbst ausschließlich als Hämolysin in der Reaktion zur Anwendung brachten (Hecht, Stern, Bauer).

Alle diese Maßnahmen bedeuteten aber einen nicht unerheblichen Eingriff in die Originaltechnik, und wenn man auch einem Teil dieser Modifikationen eine größere Feinheit nachrühmt, welche sich in einem höheren Prozentsatz positiver Reaktionen gegenüber der Originalmethode äußern soll, so dürfte bei diesen Modifikationen, wie ich dies schon an anderer Stelle einmal betont habe, doch immerhin zu bedenken sein, ob der in vielen Fällen festgestellte höhere Prozentsatz an positiven Reaktionen nicht doch zuweilen auf Kosten der Spezifität der Reaktion geht.

In der Tat bot sich ja auch ein viel einfacherer Weg für die Entfernung der Ambozeptoren in der spezifischen Absorption durch die entsprechende Blutart, ein Eingriff, der zugleich den Vorteil besitzt, daß er einen wesentlichen Eingriff in die bisher gut bewährte Originaltechnik nicht erforderlich macht. Diesen Weg hatte als erster seinerzeit J. Bauer betreten, um ihn aber bald mangels des erhofften Erfolges wieder zu verlassen. Bauer hatte nämlich die unangenehme Erfahrung gemacht, daß die durch die Normalambozeptoren bedingte Fehlerquelle bei der Entfernung der Ambozeptoren zum Teil durch eine wesentlich unan-

Digitized by Google

genehmere Erscheinung abgelöst wurde, indem die zwecks Absorption der Normalambozeptoren mit Blutkörperchen vorbehandelten Sera hernach das Friedberger-Sachssche Phänomen aufwiesen, welches sich bekanntlich in einer ausgesprochenen, bereits ohne Extraktzusatz auftretenden antikomplementären Wirkung des Serums äußert.

Angesichts der von Bauer erlebten Fehlschläge, die später auch in den Untersuchungen von Hecht eine teilweise Bestätigung fanden, hatte man dann lange Zeit von den Versuchen, eine Verfeinerung der Technik der WR. durch die Entfernung der Normalambozeptoren des Patientenserums herbeizuführen, Abstand genommen. Erst Jacobäus, Mintz und Rossini haben, wie schon erwähnt, ausgehend von den in der Literatur vorliegenden Beobachtungen dem Problem erneut und, wie gleich vorweg genommen sein soll, mit Erfolg ihre Aufmerksamkeit zugewandt. Was die von den Verfassern angewandte Technik anlangt, so haben die genannten Forscher, abgesehen von geringen Modulationen in den quantitativen Verhältnissen des Absorptionsverfahrens, im wesentlichen nach den gleichen Prinzipien gearbeitet, indem sie analog dem Vorgehen von Bauer die Ambozeptoren des Patientenserums durch Digestion des inaktivierten Serums mit Hammelblutkörperchen entfernten. Die Entfernung der Ambozeptoren, welche von allen Verfassern übereinstimmend bei 37° vorgenommen wurde, gelang nach den Angaben der genannten Verfasser stets vollständig, was sich auch einwandfrei durch die Prüfung im hämolytischen Versuch nachweisen ließ. Von einer Absorption der Ambozeptoren bei niedrigen Temperaturen haben die Verfasser nach einigen orientierenden Versuchen durchweg abgesehen, weil die Absorption bei höheren Temperaturen nach den einschlägigen Untersuchungen von Ehrlich und Sachs wesentlich günstigere Bedingungen findet und hierbei gleichzeitig die besonders von Wechselmann und seinen Mitarbeitern als störend für den Ablauf der WR. erkannten Komplementoide mitentfernt werden können, während bei niedrigen Temperaturen, etwa bei 0°, nur eine Absorption der Ambozeptoren allein ermöglicht wird. Auf weitere Details aus den Untersuchungsergebnissen der genannten Verfasser möchte ich, im Hinblick auf die später bei Besprechung meiner eigenen Versuchsergebnisse doch noch erforderlichen Ausführungen, an dieser Stelle nicht eingehen. Wenn man das Fazit aus den genannten Untersuchungen zieht, so muß angesichts der erwähnten Befunde — insofern man von den durch die Art des Materials und die Zahl der von den einzelnen Untersuchern geprüften Fälle bedingten Differenzen, welche sich hinsichtlich des mit der verfeinerten Methode gewonnenen, mehr oder weniger hohen Prozentsatzes an positiver Reaktion gegenüber der Originalmethode ergeben, absieht — das einstimmige Urteil dahingehen, daß in der Tat den Normalambozeptoren des menschlichen Serums gegebenenfalls eine bislang vielfach unterschätzte Bedeutung für den Ausfall der WR. zukommt, indem die durch Summierung von Normal- und Immunambozeptoren bedingte Steigerung der hämolytischen Faktoren unter Umständen eine Verschleierung der positiven Reaktion bewirken kann, wo man nach Lage des Falles (Anamnese und klinischer Befund) eine positive Reaktion hätte erwarten müssen.

Die schon mehrfach erwähnten Erfahrungen hinsichtlich der sog.

Digitized by Google

„Versager" und „paradoxen Reaktionen", die auch mir, wie wohl den meisten Serologen leider keineswegs erspart geblieben sind, gaben mir Veranlassung, mich in einer Serie von experimentellen Studien mit der Frage zu befassen, ob und in welcher Weise es unter Berücksichtigung der in der Literatur bislang niedergelegten Erfahrungen möglich sei, die genannten Fehlerquellen entweder vollkommen auszuschalten oder doch wenigstens auf ein Minimum zu reduzieren. Ausgehend von der schon oben zum Ausdruck gebrachten, durch praktische Erfahrungen gewonnenen Überzeugung, daß neben der Verwendung eines geeigneten und selbstverständlich den höchsten Anforderungen entsprechenden Antigens in erster Linie das hämolytische System und namentlich dessen optimale Abstimmung gegenüber den antagonistischen hemmenden Faktoren als Ausgangspunkt für eine Erfolg versprechende Modifikation der Originaltechnik herangezogen werden müsse, habe ich mich in den experimentellen Studien, über die ich im nachfolgenden ausführlicher berichten möchte, sowohl mit der Bedeutung der Normalambozeptoren des menschlichen Serums, wie namentlich auch mit der Frage der Komplementtitration und deren Einfluß auf den Ausfall der WR. befaßt.

Eigene Versuche.

Daß ich mich für meine einschlägigen Untersuchungen ausschließlich der Originaltechnik mit einigen von mir bereits an anderer Stelle (Monatsh. f. prakt. Derm. und Ztschr. f. ärztl. Fortb.) erwähnten kleinen unwesentlichen Abweichungen bedient habe, bedarf nach den vorangehenden Ausführungen keiner Erörterung. Im Rahmen dieser Ausführungen möchte ich mich unter Hinweis auf meine eben genannten Arbeiten, in welchen ich die von mir geübte Technik genau in allen Einzelheiten wiedergegeben habe, darauf beschränken, nur ganz kurz nochmals den Untersuchungsgang selbst zu skizzieren.

Was zunächst die beim Versuch verwendeten Reagenzien betrifft, so habe ich mich speziell für die hier in Frage kommenden Untersuchungen ausschließlich alkoholischer Extrakte aus den Lebern syphilitischer Föten bedient, die ich mir nach den an den genannten Stellen geschilderten Prinzipien aus den im Vakuum getrockneten und dann pulverisierten Organen hergestellt hatte. Als hämolytisches System diente mir regelmäßig frisch vom Meerschweinchen gewonnenes Komplement in 10%iger Lösung, im Verein mit einer 5%igen Aufschwemmung mehrfach gewaschener Hammelblutkörperchen und einem immunisatorisch gewonnenen Hammelbluthämolysin vom Kaninchen. Das Patientenserum gelangte stets in inaktiviertem Zustande und zwar in einer Menge von 0,1 ccm zur Anwendung bei der Reaktion. Die Anstellung der Reaktion selbst erfolgte in strenger Anlehnung an die ursprünglich von Wassermann und seinen Mitarbeitern gegebenen Vorschriften durchweg in einem Gesamtvolumen von 5 ccm.

Wie allgemein üblich, zerfällt die Reaktion selbst in einen Vorversuch, welcher der Einstellung des hämolytischen Systems und der im Hauptversuch benötigten Reagenzien dient und in den eigentlichen Hauptversuch, in welchem die Prüfung des verdächtigen Serums stattfindet.

Digitized by Google

Dieser letztere gestaltet sich dann, wie aus der nachstehenden Tabelle ersichtlich ist, in der Weise, daß je 0,1 ccm des inaktivierten Patientenserums mit fallenden Dosen des vorher genau titrierten alkoholischen Extraktes gemischt und dieser Mischung dann das 2 bis $2^1/_2$ fache Multiplum der im Vorversuch gefundenen, geringsten lösenden Komplementdosis hinzugefügt wird. Soweit die einzelnen Reagenzien nicht das Volumen von 1 ccm aufweisen, werden sie dann durch Kochsalzlösung auf dieses Volumen ergänzt. Nach kräftigem Durchschütteln der einzelnen Röhrchen des Versuchs wird dann der ganze Versuch eine Stunde bei 37° im Brutschrank belassen. (1. Phase der Reaktion.) Nach Ablauf einer Stunde erfolgt der Zusatz der beiden übrigen Komponenten des hämolytischen Systems (Blutkörperchen und Ambozeptor), worauf dann unter Kontrolle des zeitlichen Ablaufs der Reaktion nach Verlauf einer weiteren Stunde endgültig das Resultat abgelesen wird.

Schema für den Hauptversuch.

1. Phase. 1 Stunde bei 37°			2. Phase. 30—10 Min. bei 37°.		Ergebnis
Extrakt	Pat. Serum	Komplement	Hammelblut-Körperchen	Ambozeptor	
5%ige Lösung	20%ige Lösung	10%ige Lösung	5%ige Lsg.	D. T. 1 : 1000	
0,4 + 0,6 NaCl	0,5 + 0,5 NaCl	0,5 + 0,5 NaCl	1,0	1,0 = (0,001)	+++
0,3 + 0,7 NaCl	0,5 + 0,5 NaCl	0,5 + 0,5 NaCl	1,0	1,0 = (0,001)	+++
0,2 + 0,8 NaCl	0,5 + 0,5 NaCl	0,5 + 0,5 NaCl	1,0	1,0 = (0,001)	+++
0,1 + 0,9 NaCl	0,5 + 0,5 NaCl	0,5 + 0,5 NaCl	1,0	1,0 = (0,001)	+++
Kontrolle mit Normalserum					
0,4 + 0.6 NaCl	0,5 + 0,5 NaCl	0,5 + 0,5 NaCl	1,0	1,0 = (0,001)	Φ
0,3 + 0,7 NaCl	0,5 + 0,5 NaCl	0,5 + 0,5 NaCl	1,0	1,0 = (0,001)	Φ

Bezüglich der im Versuch erforderlichen Kontrollen habe ich mich auch bei diesen Untersuchungen wieder an die schon bei meinen früheren Studien als zweckmäßig erkannten Grundsätze gehalten. Als unerläßlich habe ich regelmäßig und an jedem Versuchstage erneut die Prüfung der Antigene und der jeweils zu untersuchenden Patientensera auf ihre antikomplementäre Wirkung, und zwar in den für die Reaktion verwendeten Quantitäten, erachtet. Auf die anfänglich ebenfalls regelmäßig vorgenommene Prüfung der doppelten Antigen- und Serumdosis wurde späterhin verzichtet. Da ich im Laufe meiner weiteren Studien zu der Überzeugung gelangt bin, daß diese letztgenannten Kontrollen auch bei absolut einwandfreiem Funktionieren doch keine absoluten Garantien für die Sicherheit des Reaktionsausfalles zu bieten vermögen, da nach meinen, auch von anderen Autoren durchaus geteilten Erfahrungen, das Verhalten der doppelten Serummenge in vielen, ja sogar in den meisten Fällen ebensowenig einen Schluß auf die gleiche (antikomplementäre) Eigenschaft der einfachen Dosis zuläßt wie beim Extrakt. Auf die Fehlerquellen, welche gerade in dieser doch immerhin ziemlich willkürlichen Verdoppelung der Reagenzien zum Zweck der Kontrolle liegen können,

Digitized by Google

werde ich gelegentlich meiner Ausführungen über die Komplementtitration nochmals ausführlicher zurückkommen.

Auch die Prüfung der durch Absorption mit Hammelblutkörperchen von ihren Normalambozeptoren befreiten Patientensera erfolgte naturgemäß, schon im Interesse der vergleichenden Untersuchungen, streng nach den gleichen Prinzipien wie die des ambozeptorhaltigen Serums.

Für die Entfernung der Ambozeptoren aus dem Serum bin ich unter prinzipieller Anlehnung an das Vorgehen von Jacobäus, Mintz und Rossini in der Weise vorgegangen, daß ich je 1 ccm des inaktivierten Patientenserums mit 9 ccm einer 5%igen Aufschwemmung von Hammelblutkörperchen in 0,85% Kochsalzlösung verdünnte und außerdem noch eine dem Volumen der in der Aufschwemmung enthaltenen Blutkörperchen entsprechende Quantität der Kochsalzlösung hinzufügte, um so eine quantitativ gleichmäßige Verteilung des Patientenserums von je 0,1 ccm in 1 ccm dieser Verdünnung zu erzielen. Diese Mischung wurde sodann gut durchgeschüttelt und zwecks Absorption der Ambozeptoren 45 Minuten bis 1 Stunde bei Bruttemperatur belassen. Nach Ablauf dieser Zeit wurden die Blutkörperchen abzentrifugiert und je 1 ccm der überstehenden Flüssigkeit (= 0,1 ccm nativen Serums) in der vorstehend kurz skizzierten Weise zum Versuch verwendet.

Wie ich mich bei meinen einschlägigen Versuchen regelmäßig überzeugen konnte, gelingt es durch den beschriebenen, für das Serum so gut wie indifferenten Eingriff stets, die Ambozeptoren quantitativ zu entfernen, so daß sich das mit Blutkörperchen vorbehandelte Serum bei einer Prüfung im hämolytischen Versuch als durchaus frei von hämolytischen Eigenschaften erweist. Die auch von mir regelmäßig bei einer Temperatur von 37° vorgenommene Absorption der Ambozeptoren gelingt auch, wie ich mich an der Hand meiner eigenen Untersuchungen in vollkommener Übereinstimmung mit den Feststellungen von Ehrlich und Sachs, Jacobäus und Mintz, überzeugen konnte, bei 0° vollkommen, und zwar ohne daß ich mich bei der vergleichenden Prüfung der verschieden vorbehandelten Sera von einer Differenz im Versuchsergebnis hätte überzeugen können. Bezüglich des Ambozeptorgehaltes der einzelnen menschlichen Sera stimmen meine Befunde durchaus mit den Erhebungen anderer Autoren überein. Der Ambozeptorgehalt schwankt innerhalb weiter Grenzen, ist aber in vielen Fällen doch ein recht beträchtlicher zu nennen, denn menschliche Sera, bei denen der Ambozeptorgehalt von 0,1 ccm des Serums ausgereicht hatte, um mit der minimalen Komplementmenge von 0,02 ccm die Lösung von 1 ccm der mit den fraglichen Ambozeptormengen sensibilisierten 5%igen Blutkörperchenaufschwemmung innerhalb einer halben Stunde herbeizuführen, zählten nach meinen einschlägigen Beobachtungen keineswegs zu den Seltenheiten. Andererseits hat es mir auch keineswegs an Seris gefehlt, in denen nur wenige oder überhaupt keine Ambozeptoren mit Hilfe des hämolytischen Versuches nachzuweisen waren. Angesichts der namentlich von J. Bauer aufgestellten Theorie eines inneren Zusammenhanges zwischen positiver bzw. negativer Reaktion und Ambozeptorgehalt des Serums habe ich auch diesen Verhältnissen meine Aufmerksamkeit zugewandt, ohne daß es mir allerdings ebensowenig wie anderen Autoren möglich gewesen wäre, hier-

Digitized by Google

bei irgend welche Gesetzmäßigkeiten oder gar einen Zusammenhang im Sinne Bauers festzustellen. Die Auffassung des genannten Autors, wonach die ambozeptorarmen Sera den positiven, die ambozeptorreichen den negativen Seris entsprechen sollten, erhält auch durch meine einschlägigen Beobachtungen keinerlei Stütze.

(Fortsetzung folgt.)

Ein Todesfall durch Salvarsan.

Von

Dr. Arthur Jordan,

Abteilungschef am Mjassnitzki-Krankenhaus zu Moskau.

Trotz der großen Anzahl der bereits von Wechselmann[1]) gesammelten Salvarsantodesfälle dürfen im Interesse der Sache weitere derartige Fälle nicht verschwiegen werden, so daß ich mich verpflichtet fühle, einen solchen von mir beobachteten Fall mitzuteilen.

Der 35 jährige Kaufmann N., ein Hüne von Gestalt, hatte sich im Jahre 1904 luetisch infiziert und bis zum September 1907, wo er sich einer papulösen Angina wegen zum erstenmal an mich wandte, sieben Hg-Kuren, teils Einreibungs-, teils Spritzkuren, durchgemacht. Unter einer erneuten Sublimatspritzkur, 15 Injektionen à 0,02, schwand alsbald die Angina, und der Kranke fühlte sich im Verlauf der folgenden vier Jahre so gut, daß er sich keiner weiteren spezifischen Kur unterwarf. Im Juni 1911 begann Patient über Beschwerden seitens des Herzens zu klagen, die in Herzpalpitationen und Aussetzen des Pulses bestanden. Ein organischer Herzfehler konnte nicht konstatiert werden, aber ein im Auslande vom Kranken zu Rat gezogener Internist sprach ihm gegenüber die Vermutung aus, daß diese Beschwerden, bei dem stark positiven Wassermann, auf die frühere Lues zurückzuführen sein könnten. Infolgedessen wünschte der Kranke sich einer erneuten spezifischen Kur zu unterwerfen und erhielt von mir zuerst sieben Injektionen von je 0,02 Sublimat und darauf, am 16. August 1911, mit Erlaubnis des hiesigen Internisten Dr. Lewin, intravenös 0,55 Salvarsan in 200 ccm physiologischer Kochsalzlösung. Nach dieser Injektion traten, wie üblich, Schüttelfrost, Erbrechen und Steigerung der Temperatur auf 38,7° ein, aber am folgenden Tage fühlte sich Patient bereits so vorzüglich, daß er ausging. Am 18. August fand jedoch ein erneuter Anstieg der Temperatur auf 37,8° statt, dessentwegen ich den Kranken nochmals das Zimmer hüten ließ. Am 19. August betrugen die Temperaturen 37,7° am Morgen und 37,5° am Abend. Am 20. August war Patient, nach einer gründlichen Darmentleerung, ganz gesund. Bis zum April 1912 ging es dem Kranken sehr gut, obgleich der Wassermann deutlich positiv geblieben war. Im Frühling 1912 stellten sich wiederum die Herzbeschwerden ein, die zwar unter 10 Injektionen einer 10%igen Hg salizylic.-Lösung und innerem Gebrauch von Jodglidin schwanden, um aber im vorigen Sommer wiederzukehren. Der Kranke machte im Auslande, wohin er sich geschäftlich begeben hatte, eine hydropathische Kur durch, die aber nur vorübergehend Nutzen schaffte, so daß der dortige, zu Rat gezogene Internist zu erneuter spezifischer Behandlung riet. In Moskau erhielt Patient

[1]) Wechselmann, Über die Pathogenese der Salvarsantodesfälle. Berlin 1913.

Digitized by Google

daher wieder Jodglidin, aber als dieses keine Besserung brachte, von Ende Januar bis Ende Februar 1913 30 Hg-Einreibungen zu 3,0. Da die nach dieser Kur vorgenommene Urinuntersuchung ein spezifisches Gewicht des Urins von 1015 und weder Eiweiß, noch Zucker, noch Zylinder ergab und der Kollege Dr. Lewin von seiten der inneren Organe keine Kontraindikation gegen eine Salvarsaninjektion sah, spritzte ich dem Kranken am 2. März 1913 um 1 Uhr 30 Min. mittags, wie im Jahre 1911, unter gütiger Assistenz des Kollegen Dr. Finkelstein, intravenös 0,55 Salvarsan ein, welches in direkt vor der Einspritzung vom chemisch-bakteriologischen Institut Blumenthal hergestellter physiologischer Kochsalzlösung aufgelöst worden war. Nach der in der Wohnung des Kranken vorgenommenen Eingießung legte sich derselbe sofort hin und fühlte sich bis zum Abend recht gut. Um 7 Uhr abends betrug die Temperatur 37,5°. Nach Genuß von zwei weichgekochten Eiern stellte sich Erbrechen und ein Schüttelfrost ein. Um 11 Uhr abends betrug die Temperatur 39,5°. Die Nacht verlief unter heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen schlaflos. Am 3. März morgens betrug die Temperatur 38,5°. Die Kopfschmerzen dauerten fort. Ordination: Klysma und Aspirin 0,5; dreimal pro die. Die Temperatur blieb am Abend dieselbe, aber die Kopfschmerzen ließen nach, so daß der Kranke sich besser fühlte und meinte, jetzt werde wohl schon alles überstanden sein. Auch am 4. März sank die Temperatur nicht, sondern hielt sich bei erträglichen Kopfschmerzen morgens wie abends auf 38,5°. Nach einer unruhigen Nacht sank am 5. März morgens die Temperatur auf 35,2° und es stellte sich wieder Erbrechen galliger Massen ein. Um 9 Uhr morgens fand ich den Kranken apathisch. Der Puls war von mittlerer Fülle und regulär, 90 in der Minute. Kein Stuhl. Nach Anwendung eines Klistiers erfolgte eine Ausleerung.

Um 11 Uhr vormittags war der Zustand im allgemeinen derselbe, nur der Puls nicht mehr ganz regulär. Patient urinierte auf Aufforderung. Der Urin war eiweißfrei. Ordination: Injektionen von Kampher und Koffein.

Um 1 Uhr 30 Min. mittags trat ein heftiger epileptischer Anfall auf, worauf sich Koma einstellte.

Um 6 Uhr abends. Patient streckte auf Aufforderung die Zunge aus, gab aber keine Antworten. Puls 90, nicht aussetzend. Temperatur 35,9°.

Um 7 Uhr abends erfolgte ein neuer epileptischer Anfall, wobei der Puls auf 120 anstieg.

Um 8 Uhr 30 Min. abends wurden von mir und dem anderen behandelnden Arzt, Dr. Lewin, noch der Privatdozent Dr. Ussow und der Chirurg Dr. v. Schiemann zur Konsultation hinzugezogen. Es wurde eine Hemiplegia dextra, Fehlen des Kremaster und der Patillarreflexe konstatiert. Babinsky vorhanden. Strabismuus convergens. Dr. v. Schiemann nahm zuerst eine Lumbalpunktion und da sich nur tropfenweise eine klare Flüssigkeit entleerte, und darauf eine Venenpunktion vor, wobei 150 ccm Blut entnommen wurden. Der Puls ging auf 90 herunter. Patient blieb bewußtlos, war aber die ganze Nacht über ruhig.

Am 6. März um 7 Uhr morgens betrug die Temperatur 36,5; der Puls 90, regulär.

Um 7 Uhr 30 Min. morgens trat ein neuer epileptischer Anfall auf, worauf der Puls irregulär wurde und sich Cheyne-Stockesche Atmung einstellte. Der noch hinzugezogene Neurologe Dr. Krohn bestätigte die Diagnose Encephalitis acuta. Unter fortgesetzten Kampherinjektionen trat eine zeitweilige Besserung der Atmung ein, aber mittags erfolgte ein neuer und abends um 7 Uhr, bei einer Temperatur von 37,5°, ein weiterer epileptischer Anfall. Um 12 Uhr nachts Exitus letalis.

Obgleich aus äußeren Gründen keine Sektion vorgenommen werden konnte, erscheint der Fall den in der Literatur beschriebenen Fällen von

Digitized by Google

Encephalitis acuta, speziell dem von ALMKVIST so ähnlich, daß an einer solchen nicht gezweifelt werden kann. Von einem Wasserfehler konnte keine Rede sein, sondern es handelte sich einzig und allein um einen der, wie es scheint, leider häufiger werdenden Fälle von Salvarsantod, die trotz aller Vorsicht einem jeden, der das Salvarsan einspritzt, passieren können. Obgleich das Salvarsan, wie allgemein anerkannt wird, in gewissen Fällen, besonders zur Abortivbehandlung der Syphilis und bei Leuten, welche sich dem Quecksilber gegenüber refraktär erweisen oder dasselbe nicht vertragen, von immenser Bedeutung ist, so müssen unzweifelhaft derartige erschütternde Fälle, wie der von mir beobachtete, jeden, der ähnliches selbst erlebt hat, zu großer Zurückhaltung dem Salvarsan, resp. Neosalvarsan gegenüber bestimmen.

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft in Odessa.

Sitzung vom 20. November 1912.

Vorsitzender Herr Prof. JAKOWLEFF.

1. H. GUKEWITSCH demonstrierte ein 13 monatiges Kind mit sehr verbreitetem **Favus am Körper;** nur das Capillitium und die Nägel blieben verschont.

2. H. MEGOWOZIAN stellt einen 16 jährigen Jüngling vor, der seit einem Jahre krank ist. Allgemein verbreitete Rötung der Haut; Desquamatio furfuracea. Das Leukozytenbild ist normal; 4% Eosinophilzellen. Die Diagnose ist unklar; **Pityriasis rubra Hebra incipiens oder Ichthyose irritable Besnier?**

3. G. GLAWTSCHE. Vorstellung eines Falles von **Dermatitis lichenoides linearis systematisata femoris et cruris sinistri** bei einem 36 jährigen Manne. Dieser ist syphilitisch mit neuropathischer Konstitution. Der Ausschlag besteht aus lichenähnlichen Papeln sui generis und ist an der Grenze der Innervationszone des N. cutaneus obturatus und N. cutaneus femoris posterior lokalisiert.

4. H. PERKEL demonstrierte einen 27 jährigen Kranken mit einem **Geschwür** von 18 tägiger Dauer **am Penis** und einem **anderen** von 8 monatiger Dauer **am After.** Das Geschwür am Penis stellt ein typisches Ulcus molle dar mit Bazillen DUCREY im Ausstrichpräparate. Was die Erkrankung am Anus anbelangt, so ist das Geschwür am wahrscheinlichsten tuberkulöser Natur: der Patient leidet an Tuberculosis pulmonum und sieht kachektisch aus; zeigt keine merkbaren Störungen des Magendarmkanals, hat keine Schmerzen bei der Defäkation, obgleich das unterminierte und unebene Geschwür an der Haut des Sphinkters sitzt mit Übergang in die Falten des Afters und auf die Schleimhaut des Mastdarms. Hier finden sich keine DUCREY-Bazillen, dagegen sind säurefeste Bakterien vorhanden. Ein Meerschweinchen wurde mit Materie dieses Geschwürs geimpft, aber das Resultat dieses Versuches ist noch nicht aufgeklärt.

5. H. JANSCHEK hält einen Vortrag über die **Behandlung des Ulcus molle mit Azetozone.**

Sitzung von 5. Dezember 1912.

1. FR. GOLDENBERG: Demonstration eines siebenmonatigen Kindes mit einem **Ulcus durum commissurae posterioris vulvae** (mit Spirochäten) und syphilitischer

Digitized by Google

Roseola am Körper. Wassermann-Reaktion positiv. Wahrscheinlicher Mechanismus der Infektion: verbrecherischer Versuch des Geschlechtsaktes von einem erwachsenen Manne.

Diskussion. G. Glawtsche: Das Aussehen des Geschwürs ist nicht ganz typisch: die Ränder des Geschwüres sind unterminiert. Vor dem Erscheinen der Roseola führten uns auf den richtigen diagnostischen Weg nur die biologischen Untersuchungsmethoden.

Prof. Jakowleff: Der Schanker hat sich äußerlich verändert infolge der hinzugekommenen Vulvovaginal-Blennorrhoe.

H. Perkel: Bei der ersten ultramikroskopischen Untersuchung wurden keine Spirochäten gefunden, erst nach Anwendung von Spülungen mit Kaliumpermangat gelang ihr Nachweis.

2. H. Megaworian demonstriert zum zweitenmal den Patienten mit phagedänischem mutiliertem **Ulcus molle am Penis,** das jeder Therapie im Verlaufe von zwei Jahren trotzte. Seit der ersten Vorstellung ist ein Monat vergangen, und während dieser Zeit wurde eine forcierte Jodoformbehandlung durchgeführt. Eine Seite des Geschwürs wurde außerdem noch mit X-Strahlen behandelt (5 H in zwei Sitzungen mit 14 Tagen Zwischenraum). Eine merkbare Besserung aller befallenen Teile ist festzustellen.

3. A. Landesmann: Ein Fall von **Psoriasis vulgaris,** mit Erfolg **mit Röntgenstrahlen behandelt.** Die gewöhnlichen Behandlungsmethoden waren bis jetzt erfolglos und gaben fortwährende Rezidive. 2 H, in einer Sitzung gegeben, führten am Unterarm zu einer fast vollständigen Abflachung der veralteten psoriatischen Elemente.

Diskussion: J. Bernstein versuchte mit Erfolg in seiner Abteilung im Odessaer Stadtkrankenhause Teerbäder mit Chrysophansäure.

J. Schestopal hielt einen Vortrag: **zur Frage der Komplikationen bei der Syphilisbehandlung,** im Zusammenhang mit der Anwendung der Hydro- und Fangotherapie (Behandlung mit Wasser und Fango aus den Salzseen bei Odessa). Im Verlauf des ersten Jahres nach der Infektion sind die täglichen heißen Bäder und speziell die Fangobäder zu vermeiden. Sie führen zur Beschleunigung der Quecksilberausscheidung, unterhalten daher auf diese Weise die syphilitische Infektion, indem die Syphilis ihrem natürlichen Verlauf ohne Störung überlassen bleibt. Wenn es jedoch notwendig wird, zur Hydrotherapie zu greifen, so muß man vor ihrem Beginn eine Reihe von Injektionen unlöslicher Hg-Salze vornehmen und wiederholte Blutuntersuchungen anstellen.

Diskussion: G. Glawtsche ist durchaus nicht einverstanden mit den Ansichten von Herrn Schestopal. Seine persönliche große Erfahrung in mehr als zehnjähriger Tätigkeit im Ambulatorium für venerische Krankheiten im alten Stadtkrankenhause zu Odessa, wo tausende Syphilitiker nach jeder Hg-Injektion ein warmes (28—30° R) Meer- oder Seebad bekommen, beweisen, daß die Hydrotherapie durchaus unschädlich ist. Diese Bäder regulieren die Blut- und Lymphzirkulation, beschleunigen den Stoffwechsel und erleichtern auf diese Weise dem Hg die Aufgabe, den ganzen Körper zu durchdringen, überall mit den Krankheitskeimen zusammenzutreffen. Freilich bildet die Hydrotherapie keinen selbständigen Faktor in der Syphilistherapie, sie kann nur als Hilfsmittel bei der spezifischen Behandlung gelten, doch hat sie als Hilfsmittel einen großen Wert.

J. Bernstein erklärt sich ganz einverstanden mit Herrn Glawtsche.

J. Schestopal zitiert die Arbeiten von Minjata, Smirnow und Chmeljewsky, welche nach der Behandlung mit Seebädern schwere und hartnäckige Rezidive beobachtet haben.

Jakowleff: In den ersten Jahren nach der Syphilisinfektion ist nur diejenige Wasserheilmethode zu fürchten, die von keiner spezifischen Behandlung begleitet ist.

A. Landesmann und S. Glawtsche.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Dermatologia.
Bd. 1, März 1913.
(Russisch.)

1. Über die Ursachen eines falschen Resultates der Wassermannschen Reaktion, von Perkel. Unter den häufigsten Ursachen eines falschen Ergebnisses der Wassermannschen Reaktion nennt Verfasser folgende: technische Fehler, ein schlechtes, resp. ein nicht entsprechendes oder nicht richtig aufbewahrtes Antigen, ein zu kleines und nicht klinisch verfolgtes serologisches Material. Ferner kann eine nicht spezifische Hemmung, d. h. ein positiver Ausfall der Wassermannschen Reaktion in Fällen, wo keine Syphilis vorliegt, von den ablenkenden Eigenschaften einiger Sera abhängen. Um diesem Fehler vorzubeugen, muß stets jedes Serum in gewöhnlicher und doppelter Dosis auf seine ablenkenden Eigenschaften geprüft werden und müssen konzentrierte, schwach alkoholische, nicht ablenkende Antigene gewählt werden.

Weiter braucht die Wassermannsche Reaktion in der ersten Hälfte der zweiten Inkubation der Syphilis, bis zu Generalisation des Virus, nicht positiv zu sein, und monosyphilitische Symptome geben nur eine schwache positive Reaktion, die bei unrichtiger Technik leicht negativ ausfallen kann. Endlich hat eine intensive spezifische Behandlung Einfluß auf die Wassermannsche Reaktion, so daß bei Vorhandensein syphilitischer Symptome eine schwache positive Reaktion negativ werden kann.

2. Ein Fall von serpiginöser gummöser Syphilis, von N. Morosow. Das ausgebreitete serpiginöse Syphilid des besprochenen Falles, welches auf der rechten Hüfte begann und sich über die rechte Leistengegend auf das Abdomen erstreckte und starke narbige Entstellungen hervorgerufen hatte, bestand mehrere Jahre und war immer für Tuberkulose gehalten worden. Es schwand völlig unter einer spezifischen Kur.

Arthur Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung (mit Ausschluß der Tuberkulose), herausgegeben von Brauer, Redaktion für die Originale Schottmüller und Much, für die Ergebnisse Lüdke. Bd. 1, Heft 1. Mit dem vorliegenden Hefte von 227 Seiten erscheint eine neue Zeitschrift, ein Parallelorgan von gleichem Aussehen, mit gleichem Verlag und Redaktion wie die Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Beide sollen den gemeinsamen Haupttitel Klinische Beiträge führen. Das neue Spezialorgan erscheint in zwanglosen Heften. Es bringt Originale und Referate. Es kommt dem Bedürfnisse der Forscher, ihre Beiträge ohne Schwierigkeiten unterzubringen, entgegen — ob seitens der Leser ein dringendes Bedürfnis nach einem neuen umfangreichen klinischen Organ besteht, kann man kaum voraussagen. Das erste Heft erschien im November, das zweite von gleichem Umfang im März. Beide enthalten hervorragende Arbeiten namhafter Verfasser (v. Behring, Lüdke, Schilling, Abderhalden usw.).

Schottmüller betrachtet 50 Fälle von Febris herpetica. Er bezeichnet sie absichtlich nicht als Herpes faciei, obgleich der Herpes bei allem im Gesicht, hauptsächlich um den Mund und in ihm, lokalisiert ist, da der Herpes nur ein Symptom, wenn auch

Digitized by Google

das vorstechende, ist und die Allgemeinerkrankung dabei von einer Infektion der Genitale oder der Harnorgane ausgeht. Alle 50 Kranke waren Frauen, der größte Teil war wegen fieberhaften Abortes in Behandlung gekommen, der kleinere wegen Zystopyelitis. Die Blutaussaat ergab immer Bacterium coli. Der Herpes wird nicht als Metastase gedeutet, sondern es wird angenommen, daß die Hautpartien, bzw. die Nervenendplatten im Bereich des Gesichtes eine besondere Affinität für das Kolitoxin besitzen. Bei anderen Herpesformen (H. progenitalis, H. menstrualis, H. zoster) wurde nie Koliinfektion gefunden.

Werther-Dresden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Chronische Blennorrhoe beim Manne. Die Schwierigkeit der Heilung durch die gewöhnliche Behandlung, von Victor Cox Pedersen-New York. (New York med. Journ., 19. Okt. 1912.) Mit der Einführung des Urethroskops geschah ein gewaltiger Schritt nach vorwärts in der Behandlung und Diagnose der Harnröhrenerkrankungen und P. vertritt den Standpunkt, wie gleich vorweg bemerkt sei, daß ohne diese lokale Besichtigung und Behandlung heutzutage eine Therapie dieser Krankheiten beim Manne kaum mehr denkbar sei. Mit der Einführung des Bürgerschen Urethroskops, welches, wie das Goldschmidtsche eine seitliche statt einer Endöffnung, aber an Umfang sehr verkleinert hat, sei der größte Fortschritt in der Methode erzielt worden; das Linsensystem ermögliche fünffache Vergrößerung, so daß Affektionen, welche unter dem alten geraden Röhrensystem völlig der Diagnose entgehen, leicht erkannt und behandelt werden können. P. hat völlig den gekrümmten Typus des Instruments verlassen und verwendet ausschließlich den geraden. Wenn auch etwas schwerer einzuführen, wie das gebogene Urethroskop, so lernt man durch Geduld bald dieses leichte Hindernis überwinden; sollte es mißlingen, das Instrument hoch im Schambogen einzuführen, so kann ein in das Rektum eingeführter Finger unterstützend mithelfen. Der Vorteil des geraden vor dem gebogenen Instrument liegt darin, daß man beginnend mit dem Blasenhalse, systematisch Schritt für Schritt die ganze Harnröhre untersuchen kann, bis der Meatus erreicht ist. Unter Anführung von (14) besonders charakteristischen Fällen hartnäckiger Blennorrhoe teilt P. die Gründe für die häufige Persistenz der blennorrhoischen Infektion in anatomische, physiologische und pathologische ein. Bezüglich der ersten sei erwähnt, daß z. B. die Pars prostatica normalerweise der weiteste Teil der Harnröhre und hinten durch den Sphinkter und vorne durch das Verumontanum begrenzt ist; in dieser taschenähnlichen Höhle kann daher der blennorrhoische Eiter lauern und in der Schleimhaut die Veränderungen hartnäckiger Entzündung hervorrufen. Ebenso findet sich am Verumontanum und den links und rechts von demselben einmündenden Prostatagängen eine komplizierte anatomische Anordnung, in welcher die Entzündung leicht sich ausbreiten und von welcher sie auch nicht leicht ausgemerzt werden kann. Die Pars membranacea ist etwas weniger geeignet aus bestimmten anatomischen Gründen, während der Bulbus wiederum, eine leichte oder tiefere Tasche bildend, zu chronischen Entzündungen, Geschwüren und Strikturen viel mehr vorgebildet ist. Im vorderen Teile der Harnröhre sind normalerweise zahlreiche Schleimfollikel längs des Dorsums vorhanden, von denen nur einige wenige, wenn sie ergriffen sind, genügen, um zu unendlich lange währender chronischer Eiterung zu führen. Die physiologischen Gründe für die Persistenz einer Blennorrhoe liegen erstens in der normalen Tätigkeit der verschiedenen über die

Digitized by Google

Harnröhre verstreuten Drüsen und zweitens in der normalen sexuellen Funktion der verschiedenen Geschlechtsorgane, welche wiederum durch den Reiz des chronischen Erkrankungszustandes in erhöhtem Maße angeregt wird, was dann weiterhin im Circulus vitiosus vermehrte Störungen bewirkt. Die pathologischen Ursachen liegen in der Natur des Gonokokkus und den Keimen, welche denselben häufig begleiten, um in die tieferen Gewebsschichten einzudringen. Die Pathologie der chronischen Harnröhrenentzündung unterscheidet sich in keiner Weise von jener der anderen Schleimhautentzündungen und besteht in Verdickung der ganzen Schleimhaut, zystischer Degeneration, Obliteration der Krypten, abnormen Granulationsgewebe in mehr weniger zerstreuten Herden. Was die Behandlung betrifft, so werden zwar viele Fälle, welche Verdickung, Papillome, Granulationen und andere Veränderungen der Schleimhaut zeigen, unter den älteren Methoden, wie Kürettement, Dilatation, Instillation von Silberlösungen zuweilen geheilt werden, im allgemeinen haben dieselben aber den Nachteil der Arbeit im Blinden. Mit dem modernen Urethroskop und der lokalen Anwendung des Hochfrequenzstromes hingegen ist es möglich, in kurzer Zeit — ja nach Regulierung desselben von bloßer austrocknender bis zu ätzender (kautherisirender) Wirkung — Zysten und Warzen zum Verschwinden, Schleimhautfalten zum Eintrocknen, Granulationen zur Rückbildung zu bringen und den ganzen Zustand bedeutend zu verbessern; wichtig ist natürlich dabei, immer 8—14 Tage von einer Applikation bis zur nächsten zu warten, bis sich die Schleimhaut wieder genügend erholt hat. P. gibt noch eine praktische Übersichtstabelle über die verschiedenen Arten behandelter Fälle. Stern-München.

Diagnose der chronischen blennorrhoischen Infektion, von David Watson. (Glasgow Journ., Oktober 1912.) Verfasser bespricht die zur Diagnose einer chronischen Blennorrhoe des Mannes oder des Weibes notwendigen Prozeduren wie Färbung, Kultivierung, Provokation und Endoskopie, sowie auch die biologischen Methoden. Der sicherste Nachweis einer chronischen Blennorrhoe ist noch immer der Gonokokkenbefund. In einem negativen Falle aber darf erst nach wiederholter, eingehender Untersuchung nach den verschiedenen Methoden Blennorrhoe ausgeschlossen werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Läßt sich nur aus der zytologischen Untersuchung des Tubeneiters die Diagnose blennorrhoische Salpingitis stellen? von Alfred Wolff. (Centralbl. f. Gyn., 1912, Nr. 49.) Der Verfasser verneint diese Frage, da sowohl bei der Tubentuberkulose, als auch bei der Streptokokken- und Staphylokokkensalpingitis sich ziemlich hohe Plasmazellenzahlen im Eiter finden. Ebensowenig ist das reichliche Vorkommen von Zellen der Lymphozytenreihe für Blennorrhoe charakteristisch. A. Gunsett-Straßburg.

Weitere Erfahrungen mit der Komplementbindungsreaktion bei der Diagnose der Gonokokkeninfektion des Urogenitaltraktes beim Manne und beim Weibe, von H. J. Schwartz und A. McNeil-New York. (Amer. Journ. med. scien. Dezember, 1912.) Verfasser ergänzen ihre früheren Mitteilungen zu diesem Thema durch eine weitere Besprechung und Schilderung ihrer seitdem ausgeführten Beobachtungen. Sie konstatieren, daß das nach ihrem Verfahren hergestellte Gonokokkenantigen eine Komplementbindung mit großer Regelmäßigkeit bei allen Gonokokkeninfektionen ergibt, außer bei Fällen mit Lokalisierung des Prozesses ausschließlich in der Pars anterior urethrae. Allerdings ist die Bindung frühestens in der vierten Woche und auch dann nur bei Vorhandensein von Komplikationen zu erwarten. Andererseits ist ein positives Resultat noch 7—8 Wochen nach der Beseitigung aller klinischen Erscheinungen die Regel. Unter 165 Fällen lieferten 13,2% noch acht Monate nach der klinischen Heilung ein positives Ergebnis. Namentlich bei Frauen dürfte die Methode angesichts der Schwierigkeit der bakteriologischen Kulturmethoden bei Vaginalaffektionen

Digitized by Google

sich wertvoll erweisen. Zur Herstellung des Antigens werden verschiedene Stämme von Gonokokken auf salzfreiem Kalbfleischagar von neutraler Reaktion gezüchtet. Die 24 Stunden alten Kulturen werden mit destilliertem Wasser von den Platten abgespült, und die so erhaltene Suspension wird zwei Stunden lang im Wasserbade bei 50° C erwärmt, worauf man sie zentrifugiert und durch ein Berkefeldfilter gibt. Salz wird erst unmittelbar vor der Verwendung zugesetzt, indem man einen Teil einer 9%igen Salzlösung auf 9 Teile Antigen zufügt. In verschlossenen Glastuben hält sich das Antigen (nach Erhitzung auf 56° C während 30 Minuten an drei aufeinanderfolgenden Tagen) längere Zeit. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Beitrag zur Technik der Credéschen Blennorrhoeprophylaxe, von G. Weidenbaum. (Centralbl. f. Gynäkol. 1912, Nr. 45.) Wegen der leichten Zersetzlichkeit der Argentumlösungen wiegt W. das Argentum nitricum in 2 g-Kristallen ab, führt diese und destilliertes Wasser mit sich und macht die Lösung an Ort und Stelle.

Haas-Hamburg.

Fall von hämorrhagischer Sepsis im Verlauf eines Trippers, von Thévenot und Michel-Lyon. (Prov. méd., 1912, Nr. 20.) Der Kranke hatte 1910 eine akute Blennorrhoe, in deren Gefolge Zystitis und Polyarthritis. Erkrankt Oktober 1911 mit Harnverhaltung: Hämaturie, Zystitis, Purpura, Prostatitis, Blut im Stuhl, Nasenbluten, hohem Fieber und starb an Herzschwäche. Bei der Sektion wurden miliare Abszesse in der Prostata, akute Nephritis und Blutaustritte auf den serösen Häuten gefunden.

Gonokokken wurden nicht im Blut gefunden, aber auch keine anderen Kokken.

Verfasser bezeichnet eine Purpura bei Blennorrhoe als häufig; sie sei infektiöser Natur und meist die einzige Komplikation. Die hämorrhagische Septikämie sei selten.

Werther-Dresden.

Ein tödlicher Fall von Gonokokkenseptikämie, von G. A. Rueck-New York. (Med. Record, 4. Jan. 1913.) Der ausführlich mitgeteilte interessante Fall betraf eine 22jährige junge Frau, bei der die Diagnose Typhus gestellt und bis in die letzten Wochen aufrecht erhalten worden war, bis Kulturen aus dem Blute das Vorhandensein von Gonokokken ergaben. W. Lehmann-Stettin.

Über Gonokokkensepsis mit Endokarditis, von Huebschmann. (Ztschr. f. Hyg., Bd. 73, H. 1.) Ein 22jähriges Mädchen, am Ende der Schwangerschaft, kam in die Klinik mit einer äußerst schmerzhaften Schwellung des rechten oberen Sprunggelenkes. Zwei Tage nach der Aufnahme erfolgte die Geburt eines ausgetragenen Kindes, bei der ein kleiner Dammriß zustande kam. Es traten dann im Wochenbett zuweilen Temperaturen bis 40° auf. 15 Tage post partum Nachweis von Gonokokken im Scheidensekret. Am 16. Tage traten systolische Geräusche auf und es bildete sich eine ausgesprochene Endokarditis aus mit dauernden unregelmäßigen Temperaturen die nächsten Wochen. Sechs Wochen post partum exitus unter Erscheinungen der Gehirnembolie. Das anatomische Bild wurde beherrscht durch eine schwere Aortenendokarditis. Aus dem Leichenblut konnten Gonokokken gezüchtet werden. Haas-Hamburg.

Der Gebrauch von Tripperphylakogen in der Behandlung des Tripperrheumatismus, von Hermann L. Kretschmer-Chicago. (Therap. Gazette, Jan. 1913, Nr. 1.) Mitteilung einiger Fälle, die günstig beeinflußt wurden durch Injektionen von „Phylakogen". Im Gegensatz zu Vakzinen, die physiologische Kochsalzsuspensionen abgetöteter pathogener Keime darstellen, sind Phylakogene nach Verfasser sterile wässerige Lösungen von Stoffwechselsubstanzen aus Bakterienkulturen. Das blennorrhoische Phylakogen stellt eine Mischung dar, die ungefähr 50% von Stoffwechselprodukten des Gonokokkus enthält und etwa 50% anderer Bakterien, unter denen sich verschiedene Staphylokokken-

Digitized by Google

und Streptokokkenarten befinden, aber auch Typhusbazillen, Kolibazillen u. a. m. Von dieser Mischung wurden ungefähr 5—10 ccm täglich oder jeden zweiten Tag injiziert.
W. Lehmann-Stettin.

Arthritis blennorrhoica, von George A. Holliday-Pittsburg. (New York med. Journ., 7. Dez. 1912.) Die Behandlung der blennorrhoischen Gelenksentzündung — mit Ruhe, Immobilisierung des Gelenks, heißen oder kalten Umschlägen, Salben, Konstriktionshyperämie und inneren Mitteln — ist eine wenig befriedigende und ebensowenig haben die bisher angewandten Vakzinearten entsprechende Resultate gezeitigt. H. glaubt nun, daß Mischinfektionen viel häufiger bei der Blennorrhoe und ebenso der blennorrhoischen Arthritis im Spiele sind, als gewöhnlich angenommen wird, und daß daher von verschiedenen Bakterien stammende Produkte oder Phylakogene eine bessere Heilwirkung dabei ausüben würden. Wegen der Gefahr allzu heftiger Reaktion ist es angezeigt, mit einer kleinen Dosis, 1—2 ccm, zu beginnen und allmählich zu steigen, wie die Toleranz des Patienten es anzeigt; im allgemeinen folgt nach 7—10 ccm die erste starke Reaktion, worauf allmählich Gewöhnung eintritt und die Reaktionen schwächer werden, um schließlich ganz aufzuhören. Ob dieselben von Proteinen, Bakterientoxinen oder einer chemischen Substanz des Phylakogens herrühren, ist noch eine Frage weiterer Forschung. In den vier von H. genauer beschriebenen Fällen, wo es sich um Knie- bzw. Fußgelenksentzündung hartnäckigster Art handelte, war nach subkutaner Injektion des Phylakogens, jeden zweiten, auch jeden Tag wiederholt und allmählich bis auf 10 ccm, ja 11 cm steigend, nach 3—5 Wochen völlige Wiederherstellung gelungen. Stern-München.

Akute diffuse Peritonitis blennorrhoischen Ursprungs, von G. Pieri-Rom. (Riv. Ospedal., 1912, Nr. 20.) Die Bauchfellentzündungen, die auf eine blennorrhoische Infektion der weiblichen Genitalien folgen, entwickeln sich meistens in Form von einer an eine Eiteransammlung in den Tuben oder an eine entzündliche diffuse Infiltration der Parametrien sich anschließenden umschriebenen Pelviperitonitis mit weiten Bauchfellverwachsungen, welche oft spontan zur Heilung kommen.

In dem vom Verfasser beschriebenen Fall entwickelte sich bei einem 19jährigen Mädchen in ganz kurzer Zeit das klinische Bild einer akuten diffusen Peritonitis, als deren Ausgangspunkt ein entzündlicher Prozeß des Appendix angenommen wurde; es wurde laparotomiert und dabei festgestellt, daß die Ursache des peritonealen Prozesses in einem kleinen Eiterherd in der linken Tube lag. Im Eiter waren zahlreiche Gonokokken nachweisbar.
K. Rühl-Turin.

Osteoperiostitis blennorrhagica, von Hirtz und Croissant. (Bull. méd., 1912, Nr. 90.) Ein Patient hatte eine Osteoperiostitis der linken Klavikula, die wie ein Osteosarkom aussah. Die Verfasser halten die Affektion für blennorrhoischer Natur.
Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Perichondritis blennorrhoica beider Ohrmuscheln, von H. Fischer, (Ztschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege.) Das Leiden betraf einen Tripperkranken, der eben eine blennorrhoische Polyarthritis überwunden hatte, in der 10. Woche post infectionem. Nach kurzem fieberhaftem Prodromalstadium zeigte sich starke Rötung und Schwellung beider Ohrmuscheln, die sich härter als normal anfühlten und stark schmerzhaft waren. Außerdem hoben sich aus der Schwellung je zwei feste, dunkelblaurote, druckschmerzhafte Knoten heraus, die nicht fluktuierten. Unter Wärmeapplikation erfolgte langsame Rückbildung. Nach ca. $^1/_4$ Jahr restierte noch eine ziemlich gleichmäßige Verdickung der Ohrmuscheln, die zweifellos dem Knorpel angehörte. Der Nachweis von Gonokokken wurde nicht erbracht. Eine gleiche Affektion will Pat. bei seiner vorletzten, dritten Erkrankung an Blennorrhoe drei Jahre zuvor gehabt haben.
O. Valentiner-Leipzig.

Digitized by Google

Keratosis blennorrhoica, von Burchard H. Roark-Spokane-Wash. (Journ. amer. med. assoc., 7. Dez. 1912.) Patient kam zur Beobachtung, als er zwei Wochen an akuter Blennorrhoe und blennorrhoischer Arthritis litt. Ungefähr zehn Tage nach Beginn der Blennorrhoe zeigten sich hornartige, papulöse Eruptionen auf beiden Fußsohlen. Unter der stark verdickten Epidermis bemerkte man eine gelatineähnliche Sekretion, nach deren Entfernung eine rosenrote, wie neu aussehende Haut erschien. Die einzelnen Papeln betrugen 2—3 cm im Durchmesser und erhoben sich ungefähr 1 cm über die normale Oberfläche. Bald wurden auch die Zehennägel von der Keratosis ergriffen und innerhalb drei Wochen fielen sie aus. In den nächsten Wochen breitete sich die Erkrankung noch weiter aus und erstreckte sich, allerdings in geringerem Grade über den ganzen Körper. Die Arthritis blennorrhoica nahm ebenfalls ihren Weg über zahlreiche Gelenke. Die Behandlung bestand zuerst in acht Injektionen polyvalenter Gonokokkenvakzine, sodann erhielt Patient, da von verschiedenen Seiten trotz negativer Wassermann-Reaktion der Verdacht auf Syphilis geäußert wurde, 0,6 Salvarsan intravenös. Schließlich wurden, da der Zustand des Patienten sehr schlimm war, Injektionen von autogener Vakzine von den Eruptionen an den Fußsohlen, die Staphylococcus aureus und albus enthielten, angewandt. Endlich besserte sich der Zustand des Patienten und eine ziemlich schnelle Rekonvaleszenz trat ein. Verfasser ist geneigt, der Vakzinetherapie einige Bedeutung beizulegen. Fendt-Wiesbaden.

Praktische Beobachtungen über die Behandlung der Blennorrhoe, von G. Franceschini-Vicenza. (Pensiero Med., 1912, Nr. 45.) Verfasser rühmt folgende Behandlungsmethode, welche ihm seit Jahren gute Dienste leistet:

Im Anfangsstadium der Infektion — Verfasser gibt nicht an, an welchem Tage nach der Infektion, sondern sagt nur: „wenn sich der Patient zum erstenmal vorstellt" — wird nach Entleerung der Harnblase ein 3—6 cm langes, 2 % Albargin enthaltendes Stäbchen aus Kakaobutter in die vordere Harnröhre eingeführt, durch Anlegung eines dicken Wattebausches in den Balanopräputialsack in situ gehalten und 2—3 Stunden am Platze gelassen. Ist nach einer Woche die Infektion nicht geheilt — eine Besserung und eine Abschwächung der Krankheit soll immer eintreten — so wird die Behandlung wiederholt, und zwar eventuell mehrmals. In der Zwischenzeit zwischen den Anlegungen der Stäbchen werden täglich 2—3 Spülungen der Harnröhre mit einer 1 ‰igen Albarginlösung ausgeführt.

Bei dieser Behandlungsmethode soll die Blennorrhoe stets einen gutartigen und kurzdauernden Verlauf annehmen.

In den subakuten Stadien der Infektion, wenn nur noch ein schleimiges oder seröses Sekret zum Vorschein kommt, werden 2—4 ‰ige Albarginlösungen mehrmals täglich eingespritzt.

Bei älteren langwierigen Urethritiden, besonders bei Urethritis posterior, führt Verfasser graduelle Dehnungen der Harnröhre aus und läßt vom Patienten jeden Abend beim Zubettgehen ein 2—4 % Albargin enthaltendes Stäbchen aus Kakaobutter in die Harnröhre so tief wie möglich einführen.

Verfasser erhielt mit diesen Behandlungsmethoden stets gute Resultate.

K. Rühl-Turin.

Die therapeutische und diagnostische Bedeutung der Vakzination bei Blennorrhoe des Mannes, von Hermann Müller-Halle. (Med. Klinik, 1912, Nr. 43.)

Müller hat mit der Menzerschen Vakzine, die zehn Millionen Gonokokken in 1 ccm enthält, und mit Arthigon (Bruck) ca. 100 Blennorrhoefälle behandelt; er verwendete das erstere Mittel, beginnend mit 0,5 ccm, dann in viertägigen Intervallen (eventuell bei längerer Dauer der Reaktion erst nach Ablauf derselben) allmählich

Digitized by Google

steigend in Dosen von 1—5 ccm intraglutäal oder auch gelegentlich subkutan. Reaktion an der Einstichstelle meist unerheblich, einige Stunden post injektionem beginnend und 1—2 Tage dauernd; Allgemeinreaktion 6—8 Stunden post injektionem eintretend, mit Kopfschmerzen, Übelkeit, Schüttelfrost und leichten Temperatursteigerungen, verging gewöhnlich in 24 Stunden, verspätete sich bisweilen um einen Tag oder blieb ganz aus; am meisten auffallend war die Herdreaktion, die sich in vermehrter Sekretion aus der Urethra, mit gelegentlichem Wiederauftreten von Gonokokken stärkerer Urintrübung und Steigerung der subjektiven Beschwerden dokumentierte. Das Arthigon (Bruck) enthält 20 Millionen Gonokokken in 1 ccm, erregte stärkere Allgemeinreaktion, wurde deshalb in kleineren Dosen von 0,2—0,3 an bis 3,0 (selten bis 4,0 oder 5,0) ccm gegeben. Die Allgemeinreaktion begann ca. 6 Stunden post injektionem, erreichte ihren Höhepunkt in 8—12 Stunden, um dann wieder zu fallen; nur in einzelnen Fällen mehrtägige Mattigkeit und Kopfschmerzen. Oft stärkere Stichreaktion, aber stets nur mit vorübergehenden Störungen. Beim Vergleich fällt auf, daß die Störung des Allgemeinbefindens durch die Menzersche Vakzine nicht so stark ist als beim Arthigon, auch wenn man durch verstärkte Dosen der ersteren, die in der Vakzine enthaltenen Gonokokken denen des Arthigons an Zahl gleichbringt.

Müller betont dann, was angesichts der unaufhörlichen Anpreisung neuer Blennorrhoemittel gar nicht oft genug betont werden kann, daß nur große Beobachtungsserien, an unter möglichst gleichen Lebensbedingungen (körperliche Bewegung, Ernährung usw.) gehaltenen Patienten, einen wirklichen Aufschluß über die Wirksamkeit eines Antiblennorrhoikums geben können, da oft schon körperliche Ruhe und Fernhalten von Schädlichkeiten den Verlauf der Blennorrhoe enorm günstig beeinflussen können, und die ganze Lebensführung des Patienten ganz speziell bei dieser Erkrankung eine außerordentlich wichtige Rolle spielt.

Müllers an großem und gleichartigem Material gesammelte Erfahrungen über die Wirksamkeit der beiden Mittel gehen nun dahin, daß die Vakzinationstherapie bei den blennorrhoischen Komplikationen sehr Gutes leistet, und zwar wohl das Arthigon noch mehr als die Menzersche Vakzine, und beide am meisten bei der Epididymitis und Arthritis, weniger evident bei der Prostatitis, obwohl man theoretisch gerade hier bei den chronisch infiltrierten Formen (da diese eigentlich ganz besonders geschlossene Herde darstellen) die günstigsten Erfolge erwarten müßte.

Völlige Mißerfolge hatte Müller bei der Behandlung der akuten Urethralblennorrhoe mit beiden Vakzinen, dagegen hält er bei der chronischen Blennorrhoe fortgesetzte Anwendung kleiner Dosen (0,2—1,0 ccm Arthigon resp. 1,0 ccm Menzersche Vakzine einmal wöchentlich), kombiniert mit örtlicher Behandlung, z. B. Dehnung, nicht für aussichtslos.

Diagnostisch verwertbar für die Frage: „ob noch Gonokokken im Organismus vorhanden sind", ist nach dem Verfasser nur die exzessive Stich- und Allgemeinreaktion und der positive Ausfall der Herdreaktion, während der negative Ausfall das Vorhandensein der Gonokokken nicht ausschließt (ähnlich wie die Wassermannsche Reaktion bei Lues).

Müller erklärt sich die Wirkung der Vakzination ähnlich wie die Tuberkulinwirkung durch eine spezifische Beeinflussung des durch die Gonokokken erkrankten Gewebes, indem der Krankheitsherd zu vermehrter Exsudation und zur Ausstoßung der Gonokokken angeregt wird. Otto Lasch-Breslau.

Behandlung der Blennorrhagie mit Antimeningokokkenserum, von R. Salle. (Lyon méd. 1912, Nr. 46.) Zwei Fälle von Tripper mit Nebenhodenentzündung und ein unkomplizierter, die durch 1—2—4 Injektionen von Antimeningokokkenserum geheilt

Digitized by Google

sein sollen. Die Heilung geht aber aus der Krankheitsgeschichte nicht immer mit Sicherheit hervor. Richard Frühwald-Leipzig.

Praktische Erfolge mit der Michaelisschen Gonokokken-Vakzinetherapie, von Arpàd Kallòs-Berlin. (Allg. med. Centralztg., 1912, Nr. 33.) Mitteilung zweier Fälle von Arthritis blennorrhoica und eines Falles von Rektalblennorrhoe, in denen mit der Michaelisschen polyvalenten Vakzine prompte Resultate erzielt wurden. Das Präparat macht nie lokale oder allgemeine unangenehme Nebenerscheinungen und scheint an Wirksamkeit anderen ähnlichen Mitteln überlegen zu sein.

O. Valentiner-Leipzig.

Behandlung des Trippers mit Virusvakzine, von Cruveilhier. (Bull. méd., 1913, Nr. 12.) Verfasser hat eine Ziege mit intravenösen Injektionen von Gonokokken immunisiert und das Serum dann zur Behandlung akuter und chronischer Blennorrhoen, Epididymitiden und Arthritiden verwendet. Es wurden 3—7 subkutane Einspritzungen in Zwischenräumen von 2—5 Tagen vorgenommen. Die Symptome gingen rasch zurück, der Ausfluß hörte nach 2—3 Wochen auf. Persistierte er, so enthielt er keine Gonokokken (!). Üble Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Wirkung des Santyls bei blennorrhoischen und ähnlichen Krankheiten, von Oskar Nitze-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1912, Nr. 8.) Empfehlung des Santyls zur Unterstützung der lokalen Blennorrhoebehandlung und bei nichtblennorrhoischen Blasenkatarrhen bei Frauen. Es geht nicht aus der Arbeit hervor, ob die erzielte Wirkung wirklich auf Rechnung des sehr lange fortgesetzten Santylgebrauchs oder auf die gleichzeitige lokale Therapie zu setzen ist. H. Lautsch-Graudenz.

Gonaromat „Täschner", von Witte. (Allg. med. Centralztg., 1912, Nr. 37.) Das empfohlene Präparat besteht aus Oleum santali mit Zusatz verschiedener ätherischer Öle. Es erfüllt alle an ein Balsamikum zur internen Tripperbehandlung gestellten Forderungen. O. Valentiner-Leipzig.

Über die Behandlung der blennorrhoischen Infektion durch Gonosan, von B. Bruni-Verona. (Fracastoro: Gazz. med. Veronese, 1912, Bd. 8, Nr. 10.) Bericht über 20 Fälle. Verfasser kann die Wirksamkeit des Gonosans und das Fehlen von unangenehmen Nebenerscheinungen bei seiner Anwendung nur loben. K. Rühl-Turin.

Blennaphrosin, ein neues internes Antiblennorrhoikum, von M. Herbst-Berlin. (Allg. med. Centralztg., 1912, Nr. 36.) Blennaphrosin ist ein unschädliches, stark antibakteriell wirkendes Antiblennorrhoikum und Zystitikum. Es stellt ein Doppelsalz von Kalium nitricum und Hexamethylentetramin dar, dem Extractum Kawa-Kawa bester Qualität hinzugefügt ist. Es werden 3mal täglich 2—4 Kapseln gegeben, die sich nur in alkalischen Medien lösen, oder man gibt 2mal täglich 1 Zäpfchen per rectum.

O. Valentiner-Leipzig.

Über interne Behandlung des Trippers, von Victor Klimeck-Bad Darsau. (Reichs-Med.-Anz., 1912, Nr. 22.) Empfehlung des Arhovins als Harnantiseptikum bei Blennorrhoea chronica, Cystitis acuta und chronica. W. Chrzelitzer-Posen.

Klinische Erfahrungen mit Adamon bei den Reizzuständen der akuten Blennorrhoe, von Treitel-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 4.) In 24 Fällen akuter Blennorrhoe wirkte Adamon fast durchweg sehr günstig auf Erektionen und Pollutionen, selbst auf Reizzustände bei akuter Blennorrhoe der Frauen. Dosis 1,0 abends zwischen 5 und 6 Uhr, 1,0 vor dem Schlafengehen. Das Medikament wurde ausnahmslos gut vertragen. H. Lautsch-Graudenz.

Digitized by Google

Zur Behandlung der akuten Blennorrhöe, von F. Hinze. (Petersb. med. Ztschr., 1912, Nr. 22.) Der Verfasser hat ausgezeichnete Erfolge mit der prolongierten Injektion von Silbersalzen gesehen; am meisten verwendet er Protargol. Von innerlichen Mitteln leistet ihm Santyl-Knoll die besten Dienste. Daß Verfasser die Patienten für geheilt erklärt, wenn innerhalb von drei Wochen keine Gonokokken gefunden werden, dürfte wohl vielfach auf Widerspruch stoßen. Richard Frühwald-Leipzig.

Über die praktische abortive Behandlung der Blennorrhoe des Mannes, von Georges Licourt. (Thèse de Nancy, 1911.) Fritz Loeb-München.

Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Epididymitis blennorrhoica, von Louis Chossut-Perret. (Diss. Montpellier, 1912.) Fritz Loeb-München.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die chromatischen Organe in der Haut von Knochenfischen, von E. Ballowitz-Münster i. W. (Anat. Anzgr., 1912, Bd. 42, H. 7 u. 8). Es handelt sich zunächst nur um eine vorläufige Mitteilung aus einer demnächst in der Zeitschrift für praktische Zoologie erscheinenden Arbeit des Verfassers; diese Arbeit, ausgestattet mit farbigen Photogrammen, verspricht für den Fachmann sehr interessant und anregend zu werden, die vorläufige Mitteilung eignet sich nicht zum Referieren. Lasch-Breslau.

Physiologische Pigmentierung der Schleimhaut, von L. M. Bonnet. (Lyon méd., 1912, Nr. 41). Ein 60jähriger Korse, der zahlreiche Pigmentflecke im Munde hat, ohne daß sich Zeichen der Addisonschen Krankheit finden. Bonnet hebt mit Nachdruck hervor, daß solche Pigmentierungen bei gewissen Rassen physiologisch sind. Richard Frühwald-Leipzig.

Physiologische Pigmentierung der Schleimhaut, von L. M. Bonnet. (Lyon méd., 1912, Nr. 46). Drei Fälle mit Pigmentflecken in der Mundhöhle. Richard Frühwald-Leipzig.

Mikroskopische Technik.

Eine Modifikation der Burrischen Methode zum Nachweis von Spirochaeta pallida, von L. W. Harrison-London. (Brit. med. Journ., 30. Novbr. 1912.) H. hat die von der chemischen Fabrik v. Heyden gelieferte Suspension von Kollargol (1 : 19) sehr zweckmäßig für diesen Zweck gefunden. Man erhält damit einen sehr wirksamen, fast vollständig homogenen, rötlichbraunen Hintergrund. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Verbesserungen der Färbungen durch Fixierung der Gewebe mit Chlorzink, von Th. Reimann und P. G. Unna-Hamburg. (Med. Klinik, 1912, Nr. 32.) Wie die Verfasser mit Recht hervorheben, gehörten bis vor zwanzig Jahren Aufmerksamkeit und Erfolge der mikroskopischen Technik der Kernfärbung an, und es hatte deshalb die Fehlingsche Lösung als Fixationsmittel die größte Verwendung. Seit ca. 20 Jahren aber, in denen das Studium des Protoplasmas in die erste Reihe rückte, mußte man für das reduzierende Protoplasma andere Fixatoren suchen, um zu guten Färbungen zu gelangen. Es kommen hier besonders in Betracht: Alkohol, Chlorzink und Kalziumchlorid.

In der vorliegenden Arbeit geben die Verfasser nun einen Überblick, für welche Färbemethoden die einzelnen Fixatoren das Beste leisten, und kommen zu dem Schluß, daß fast für alle Fälle die beiden Chloride und zwar besonders das Chlorzink sich am besten eignet; ebenso ist der Ersatz des Formalins durch Chlorzink besonders wirkungsvoll.

Die eingehenden Ausführungen der Verfasser müssen im Original nachgelesen werden; sie werden für jeden, der sich mit Histopathologie beschäftigt, überaus wertvoll sein. Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Bakteriologie.

Die pathogenen Sporotrichumpilze. Botanische Klassifikation, von De Beurmann et Gougerot. (Arch. de Parasitol., 1911, Bd. 15, Nr. 1.) Ausführliches durch eigene Erfahrungen ergänztes Sammelreferat über die Biologie der Sporotricheen. Für ein kurzes Referat nicht geeignet. Graetz-Hamburg.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Staatliche Versorgung der Geistesschwachen und Geisteskranken, von Frank Parsons Norburg-Illinois. (Illinois med. Journ., 1912.) Der vorliegende Aufsatz bringt in seinen drei Abschnitten nichts Neues. Der Verfasser erörtert im ersten Teile die für das Studium der psychischen Krankheiten besonders wichtige Frage der Heredität. Er wünscht für jeden Menschen einen gut ausgearbeiteten Familienstammbaum, in dem die Krankheiten eingezeichnet sind.

Im zweiten Teile bespricht er die Selektion, die Trennung des Tauglichen vom Untauglichen durch natürliche oder künstliche Wahl.

Im Schlußteile bespricht er die Prognose der Geisteskrankheiten, die besonders deswegen so schwer zu stellen sei, weil zu viele Faktoren mitsprechen: Heredität, Umgebung, Anamnese, vorhergegangene Zufälle, Syphilis, Gewohnheiten, Mißbrauch von Alkohol und anderem, Lebensweise.

Und endlich betont der Verfasser, daß die Fürsorge für die krank Gewesenen, und sei es völlig Genesenen oder nur halb Geheilten, Pflicht jedes Staates oder privater Wohltätigkeit sei. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Für die am 20. und 21. Juni in Breslau stattfindende Jahresversammlung der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** sind folgende Themata aufgestellt: Geschlechtskrankheiten und Bevölkerungsproblem (Referent Julian Marcuse-Ebenhausen, Korref. Blaschko-Berlin); Geschlechtskrankheiten und Eherecht (Ref. Julius Heller-Berlin); ferner berichtet Chotzen-Breslau über die Erfolge der sexualpädagogischen Aktion der Gesellschaft.

Die Eröffnung der vom Heilstättenverein für das Großherzogtum Hessen erbauten **Lupus-Heilstätte** in Gießen findet am 19. Mai statt.

Nach Fertigstellung der Institute der **Kaiser-Wilhelmsgesellschaft** für Chemie in Dahlem bei Berlin wird das Institut für experimentelle Therapie, das Geh. Med.-Rat Prof. A. v. Wassermann leiten wird, in Angriff genommen.

Der nächste **pellagrologische Kongreß,** welcher wahrscheinlich internationalen Charakter haben wird, dürfte 1916 in Rom oder Verona stattfinden, im letzteren Falle gleichzeitig mit der Enthüllung eines Denkmales für Cesare Lombroso.

Prof. Emil Frhr. v. Dungern-Heidelberg ist zum Direktor des neubegründeten Instituts für experimentelle Krebsforschung zu Hamburg-Eppendorf berufen worden.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

24. Mai 1913 | Nr. 21 | Band 56

Aus dem Katharinenhospital in Stuttgart.

Die Anwendbarkeit der Mastixlösung in der Dermatotherapie.

Von

Dr. F. Hammer.

Von seiten der Chirurgie, besonders der Kriegschirurgie, ertönen begeisterte Lobreden auf die Anwendung der Mastixlösung zur Wundbehandlung.

Mastix ist ein Harz, welches auf Chios durch Einschnitte in den Stamm eines strauchartigen Baumes, Pistacia lentiscus, gewonnen wird. Es wird in Lösung vielfach als Lack verwendet, aber auch im Orient in Substanz gekaut zur Desodorisierung des Mundes. Schon vor Jahren wurde Mastixlösung zur Befestigung von Streckverbänden benutzt.

Eine Lösung von Mastix in Chloroform mit einigen Tropfen Leinölzusatz hat Walter v. Oettingen nach seinen Erfahrungen bei der Wundbehandlung im russisch-japanischen Kriege 1907 erstmals empfohlen und diese Lösung Mastisol genannt. Jetzt nimmt man gewöhnlich Benzol zur Lösung und setzt etwas Terpentin zu. Professor v. Hofmeister wendet Mastix schon seit Jahren regelmäßig an. Er empfiehlt eine 20 % ätherische Lösung.

Es ist für uns Dermatologen eine gewisse Genugtuung, daß die Chirurgie es allmählich aufgegeben hat, die Haut sterilisieren zu wollen. Diese systematischen Mißhandlungen der Haut mit heißem Wasser, Seife, Bürste viertelstundenweise nach der Uhr hat wenigstens mich immer mit einem gewissen Schauder erfüllt. Auf der anderen Seite mußte es aber auch Verwunderung erregen, was doch manche Menschen ihrer Haut ungestraft zumuten können.

Denn ist kaum zweifelhaft, daß die zum Quellen gebrachte Hornhaut außerordentlich empfänglich ist für pyogene Infektion, und daß dadurch gerade die in ihr nachweislich bereits vorhandenen, kaum entfernbaren Eitererreger zum Auskeimen gebracht werden.

Andererseits wirkt aber die durch häufige Waschungen spröde und rissig gewordene Epidermis geradezu wie ein Fangapparat für Mikro-

Digitized by Google

organismen. — Wie ungünstig heißes Wasser auf die Hände wirkt, hat schon mancher Kollege erfahren, der einen für das Sprechzimmer neuangeschafften Heißwasserapparat recht eifrig ausnützen wollte.

Die Chirurgie gibt also jetzt den Vernichtungskampf gegen die Hautflora auf und beschränkt sich mehr und mehr darauf, die Infektionskeime nur so lange, als es für die Zwecke der Operation und Wundheilung nötig ist, unschädlich zu machen.

Die Unmöglichkeit, die Haut der Hände zu sterilisieren, ist durch Verwendung der Gummihandschuhe anerkannt. In der Umgebung der Operationswunden sucht man durch Spirituswaschung, Jodtinktur usw. die Virulenz der Keime für einige Zeit sehr stark herabzusetzen. Diesen Mitteln reiht sich auch als eines der letzten die Mastixlösung an.

Ihre Eigenschaften sollen es ermöglichen, ganz von den infektiösen Unreinlichkeiten abzusehen, die in der die Wunden umgebenden Haut vorhanden sind. Es macht dieselben gewissermaßen durch Einhüllung unschädlich.

Die Eigenschaft, die wir in erster Linie von einem solchen Mittel verlangen müssen, ist, daß es keine Reizwirkung auf die Haut ausübt, sonst erregt es Hyperämie mit Durchfeuchtung und Quellung der Haut und verhilft dadurch den schlummernden Keimen zur Entwicklung.

Diese Haupteigenschaft, die wir eigentlich von einem Harze kaum voraussetzen können, hat nun die Mastixlösung. Sie reizt weder die gesunde Haut und auch, was noch viel mehr zu verwundern ist, fast gar nicht die entzündete ekzematöse Haut. Frische ja selbst eiternde Wunden werden kaum dadurch zur Reaktion gebracht. Selbst der geringe Terpentinzusatz übt in der Mastixlösung keine Reizwirkung aus. Nach v. Oettingen wirkt das Mastisol: a) durch Bakterienarretierung, b) durch Entwicklungshemmung, indem es die Haut der Umgebung trocken und sauber erhält, c) durch Tötung derselben, d) durch Bauschfixierung. Seine Eigenschaften machen ohne Zweifel den Mastix auch dermatologisch interessant, besonders wenn wir ihn mit ähnlichen Mitteln vergleichen. Unter Kollodium z. B. gehen nach meiner Erfahrung die Wunden sehr leicht in Eiterung über. Auch bei Leimverbänden muß man sehr aufmerksam auf Reizwirkungen sein, da sonst Ekzem- oder Pustelentwicklungen schnell unangenehme Ausdehnung annehmen.

Im Katharinenhospital wenden wir Mastixlösung sehr häufig bei Geschwürsprozessen an und finden, daß es sehr geeignet ist, das neugebildete Randepithel vor frischem Zerfall zu schützen.

Bei dem Ulcus cruris einer bejahrten Luetika mit Diabetes, das in knochenhartem kallösem Gewebe gelegen, allen Heilversuchen trotzte, war nur durch Umpinselung mit Mastix regelmäßig fortschreitende Verkleinerung zu erreichen.

Digitized by Google

Ebenso ist es uns immer ein willkommenes Unterstützungsmittel bei der Behandlung der Ulcera mollia und der Bubonen. Wie bei anderen Ulzerationsprozessen ist es hier oft die Mazeration des Epithels durch den Eiterungsprozeß, die dem Fortschreiten des Geschwüres vorarbeitet. Durch Mastix gelingt es aber, das Epithel trocken zu halten und eine regelmäßig vorschreitende Epithelneubildung zu erzeugen. Außerdem fixiert es hier äußerst bequem den Verband, macht Heftpflaster und Binden meist überflüssig, stellt die Wunde ruhig und schützt sie vor Befeuchtung von außen. — Es trocknet langsamer als Kollodium, kontrahiert sich nicht und springt nicht so leicht wieder weg von der Haut. Dadurch wird auch in Hautfalten wie am After, ja sogar auf dem Übergangsepithel, der Verbandstoff gut festgehalten und rasch Reinigung und Überhäutung der Wunden erzielt. So gelang es mir, schon lange bestehende hartnäckige Rhagaden der Mundwinkel, wie sie bei Leuten, die Zahneinlagen tragen, nicht selten sind, dadurch in wenigen Tagen zu heilen, daß ich kleine Gazestückchen mit Mastisol in den Mundwinkeln befestigen ließ. Hartnäckige Rißbildungen der Haut, z. B. Schrunden der Hände oder Fissura ani sind oft nur durch konsequente Einlagerung kleiner Mengen von Verbandstoff zu heilen. Und gerade zur Befestigung des letzteren ist die Mastixlösung sehr geschickt. Auch für Behandlung des Decubitus ist es sehr zu empfehlen. Wir umpinseln denselben reichlich mit Mastix und legen dann in Gaze eingeschlagene Zinkpaste auf.

Wir haben auch damit angefangen, Arzneimittel mit Mastixlösung zusammen zu verwenden, z. B. Sublimat, Teer, Chrysarobin. Sie hat hier den Nachteil, daß auf ausgedehnten Flächen und an vielen Körperteilen ihre Klebrigkeit natürlich störend wirkt und dazu zwingt, Bedeckung mit Gazestücken vorzunehmen, und daß bei der Entfernung energische Benzinwaschung nötig ist.

Überraschend günstige Wirkung haben wir dagegen von 10% Pyrogallolmastix bei der Behandlung des Lupus gesehen. Dieses hat nicht die stark entzündungserregende, blasenziehende, oft mit starkem eitrigem Zerfall einhergehende Wirkung, die das Pyrogallol in Salbenform mit sich bringt, und die wahrscheinlich auch der Neuausbreitung des Lupus günstig ist. Vielmehr konzentriert sie gewissermaßen die dem Pyrogallol zugeschriebene elektive Wirkung auf das Lupusgewebe und läßt die umgebende Haut ungeschoren. Es werden die lupösen Partien ausgiebig mit dem Mittel bestrichen und dann eine einfache Lage Gaze angeklebt. Da die Anwendung des Pyrogallols in dieser Form viel weniger schmerzhaft ist als mit Salbe zusammen, läßt sich die Behandlung auch leicht lange Zeit fortsetzen, was der großen Schmerzhaftigkeit wegen bei Pyrogallolsalben häufig auf Hindernisse stößt. Die Lupusherde ulzerieren nur mäßig und werden zu rascher Schrumpfung gebracht.

Digitized by Google

Aus dem Staatlichen Hygienischen Institut zu Hamburg (Direktor: Prof. Dr. Dunbar).
(Abteilung für serobiologische Untersuchungen.)

Studien zur Frage der Verfeinerung der Wassermann-schen Reaktion mit besonderer Berücksichtigung der sog. „paradoxen Sera".

Von

Dr. med. Fr. Graetz.

(Fortsetzung.)

Das Fehlen eines inneren, etwa in der biologischen Struktur des einzelnen Serums bedingten Zusammenhanges schließt natürlich einen indirekten Einfluß der Normalambozeptoren auf den Ablauf der Reaktion der einzelnen Sera nicht aus, und die Beantwortung der Frage, ob die Normalambozeptoren des menschlichen Serums gegebenenfalls den Ausfall der Wassermannsche Reaktion beeinflussen und etwa eine positive Reaktion verschleiern können, muß im absolut bejahenden Sinne erfolgen. Wenn wir, um uns der Ausdrucksweise von Sachs und Altmann zu bedienen, den Ausfall der Reaktion als die Resultante der antagonistischen Wirkungen von hemmenden und lösenden Faktoren betrachten, so muß sich aus der Summierung der Normalambozeptoren zu den übrigen hämolytischen Faktoren der Reaktion naturgemäß eine Verschiebung der letzteren zuungunsten der hemmenden Faktoren ergeben, die für den eventuellen positiven Ausfall der Reaktion umso schwerer ins Gewicht fällt, je geringer der durch Extrakt und Patientenserum bedingte Hemmungskörpergehalt ist. Für diejenigen Sera, welche a priori einen hohen Hemmungskörpergehalt besitzen, wie etwa bei manifester Lues, wird dieser antagonistische Einfluß des verstärkten hämolytischen Systems kaum oder doch nur hinsichtlich der Reaktionsbreite des Serums bei einer quantitativen Auswertung in Frage kommen, während er bei Seris mit geringem Hemmungskörpergehalt, sei es, daß es sich um Sera von beginnenden Erkrankungen oder namentlich um solche von behandelten Fällen handelt, um so mehr ins Gewicht fallen muß, je größer bei der Reaktion der durch den geringen Hemmungskörpergehalt bedingte Überschuß an ungebundenem Komplement bleibt. Nach einschlägigen Untersuchungen sind ja bekanntlich komplementäre Energien und hämolytische Ambozeptoren in der Lage, sich bis zu einem gewissen Grade nicht nur zu ergänzen, sondern sogar gegenseitig zu substituieren. Im Falle einer vollständigen Absorption des Komplementes oder doch wenigstens so beträchtlicher Mengen, daß selbst große Ambozeptordosen den Rest an ungebundenem Komplement nicht mehr zu hämolytischer Funktion zu aktivieren vermögen, wird der Ambozeptorüberschuß, auch wenn er noch so groß ist, irrelevant bleiben, während naturgemäß dann, wenn eine durch die Immunambozeptoren allein nicht mehr aktivierbare Komplementdosis durch die Summierung der Normalambozeptoren und Immunambozeptoren eine Aktivierung er-

Digitized by Google

fahren kann, auch dort eine Hämolyse eintreten muß, wo unter wirklich optimalen Verhältnissen eine Hemmung, d. h. eine positive Reaktion zu erwarten wäre.

Wenn wir uns von der Ausschaltung der Normalambozeptoren einen Erfolg für die Verfeinerung der WR. versprechen wollen, so muß dieser Eingriff naturgemäß zwei Anforderungen erfüllen. Er muß einerseits die Verschleierung von positiven Reaktionen, d. h. die sog. „Versager", oder wie sie neuerdings in der Literatur bezeichnet werden, die sog. „pseudonegativen Reaktionen" ausschalten lassen, andererseits aber auch gleichzeitig die Gewähr dafür bieten, daß durch die Entfernung der Ambozeptoren nicht unspezifische Hemmungen, also gewissermaßen pseudopositive Reaktionen, geschaffen werden. Daß in dieser Hinsicht in der Entfernung der Ambozeptoren aus dem Patientenserum eine Fehlerquelle für die Reaktionen geschaffen werden kann, liegt außer Zweifel. Bekanntlich hat J. Bauer eben gerade wegen dieser Fehlerquelle, wie sie in dem Auftreten des Friedberger-Sachsschen Phänomens gegeben ist, den von ihm zur Verfeinerung der Reaktion beschrittenen Weg der Absorption der Normalambozeptoren ja wieder verlassen. Auch Rossini hat, wie schon oben erwähnt, die diesbezüglichen Erfahrungen Bauers in vereinzelten Fällen zu bestätigen vermocht. Jacobäus und Mintz haben allerdings im Gegensatz hierzu das Auftreten des genannten Phänomens bei ihren einschlägigen Untersuchungen nicht beobachten können. Meine eigenen Erfahrungen stimmen in dieser Beziehung durchaus mit den von den letztgenannten Autoren erhobenen Befunden überein. Keines der von mir untersuchten zahlreichen Patientensera zeigte nach der Entfernung der Normalambozeptoren das Sachssche Phänomen, wenigstens nicht im Rahmen der bei diesen Versuchen angewandten Methode.

Ich lasse nun, in der Überzeugung, daß ausführliche Versuchstabellen in den Erörterungen für und gegen die Methode einen besseren Beleg bilden als die theoretischen Erörterungen selbst, nachfolgend meine einschlägigen Ergebnisse tabellarisch in extenso folgen (s. Tab. I).

Die umstehende Tabelle I bedarf wohl kaum eines weiteren Kommentars. An der Hand von ca. 50 Fällen, bei denen nach Anamnese und klinischen Befunden Lues ausgeschlossen werden konnte, ließ sich zeigen, daß die durch Entfernung der Normalambozeptoren verfeinerte Reaktion tatsächlich der an sie zu stellenden Kardinalforderung einer absoluten Spezifität durchaus gerecht wird. Vorbehandelte und unvorbehandelte Sera stimmten hinsichtlich des Ausfalles der Reaktion (völlig negative Reaktion) bei den vorstehend angeführten Fällen durchweg vollkommen überein, und bei keinem der von mir auch sonst noch untersuchten, in der Tabelle nicht aufgeführten Seren war es mir möglich, eine unspezifische Hemmung zu beobachten, wenn anders für die namentlich bei den vorbehandelten Seren dringend erforderliche glatte Lösung der Extrakt- und auch der Serumkontrollen Sorge getragen wird.

In der zweiten Tabelle folgen anschließend die Ergebnisse der Reaktion bei einer annähernd gleichen Zahl von Fällen mit manifesten Erscheinungen von Syphilis. Hier wird es sich naturgemäß in der Hauptsache nur um quantitative Differenzen in der Reaktionsbreite der einzelnen

Digitized by Google

Tabelle I.

Verschiedene Erkrankungen; Fälle ohne klinische und anamnestische Anhaltspunkte für Lues. Normale Kontrollsera.

Nr. des Serums	Klinische Diagnose	0,1 ccm inaktiviert. Serum a) mit Normalambozeptoren. Fallende Extraktmengen 0,4	0,3	0,2	0,1	0,1 ccm inaktiviert. Serum b) ohne Normalambozeptoren. Fallende Extraktmengen 0,4	0,3	0,2	0,1
89	Iritis	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
99	Syphilophobie, Gonorrhoe	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
122	Anämie, Leberatrophie	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
145	Ulc. molle, Bubo dol.	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
234	Erythem der Haut	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
287	Angina non spec.	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	○	Φ
307	Hautausschlag	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
323	Impetigo capitis	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
349	Periostitis	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
351	Perniziöse Anämie	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
353	Periostitis	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
360	Aorteninsuffizienz	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
371 XII	Lupus erythematodes	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
382	Leberzirrhose	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	○	Φ	Φ
387	Influenza	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
390 XI	Gesunder Syphilophobe	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
391	Ulc. molle	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
409	Neurasthenie	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
434 XI	Idiotie	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
435 XI	Idiotie	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
459 XI	Idiotie	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	○	○
461	Ulc. molle	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
491	Erosionen im Munde	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	○	○
492	Typhus abdom.	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	○	○
494	Bubo dol.	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
496	Carcinoma linguae	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
504	Syphilophobe	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
562	Apoplexie	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
632	Adipositas cordis	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
667	Leberschwellung	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
669	Arterioskler. Schrumpfniere	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
697	Myokarditis	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
718	Perniziöse Anämie	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
747	Unspezif. Hautausschlag	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
758	Chronische Durchfälle	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
783	Perniziöse Anämie	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
791	Ulcus molle, keine Lues	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	○	Φ	Φ
794 XI	Malaria, nie Lues gehabt	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
794	Syphilophobie	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
794 XI	Glaukom, keine Anhaltspunkte für Lues	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
799	Mitralinsuffizienz	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
844	Normalserum (Tänienträger)	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
855	Normalserum	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
862	Neuritis	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
873	Gesunder Syphilophobe	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
876	Perniziöse Anämie	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
922	Nie infiziert. Syphilophobe	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
942	Anaemia perniciosa	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
956	Koma, keine Anhaltspunkte für Lues	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ

Zeichenerklärung: Φ = komplette Hämolyse.

Digitized by Google

Sera handeln können, da das Serum frischer Fälle meist über einen ausreichenden Gehalt an Hemmungskörpern verfügen wird, um auch einem erheblich verstärkten hämolytischen System erfolgreich entgegenwirken zu können. Von besonderer Bedeutung dürfte in dieser Rubrik dagegen der Ausfall der Reaktion bei gewöhnlicher und bei der durch die Absorption der Normalambozeptoren verfeinerten Technik sein, wenn es sich eventuell um sogenannte „Versager" oder um Fälle von beginnender Lues handelt.

Tabelle II.

Klinisch sichere Fälle von Lues.

. des ums.	Klinische Diagnose.	0,1 ccm inaktiviertes Serum. a) mit Normalambozeptoren. Fallende Extraktmengen.						0,1 ccm inaktiviertes Serum. b) ohne Normalambozeptoren. Fallende Extraktmengen.					
		0,4	0,3	0,2	0.1	0,09	0.08	0.4	0.3	0,2	0,1	0,09	0,08
4	IndolenteBubonen	+++	+++	+++	+Φ	Φ		+++	+++	+++	+Φ	Φ	
6	Lues II. . . .	+++	+++	+++	+Φ	+Φ	Φ	+++	+++	+++	+++	+Φ	+Φ
1	Lues II. . . .	+++	+++	+++	+Φ	Φ		+++	+++	+++	++Φ	+Φ	Φ
7	Lues II. . . .	+++	+++	+++	+++	+++	++Φ	+++	+++	+++	+++	+++	+++
3*	Tabes dors., vor 25 Jahren Lues	++Φ	Φ	Φ				+++	++Φ	Φ			
3	Roseola, Drüsenbubonen . . .	+++	+++	+++	++Φ	+Φ	Φ	+++	+++	+++	+++	++Φ	++Φ
4 XI	Lues II. . . .	+++	+++	+++	Φ	Φ		+++	+++	+++	+Φ	Φ	
5	Lues II-Rezidiv .	+++	+++	++Φ	Φ	Φ		+++	+++	+++	+++	Φ	
8*	Indol. Bubo, beginnende Lues	+++	++Φ	+Φ	Φ	Φ		+++	+++	+Φ	Φ	Φ	
6	Ulcus dur. . . .	+++	+++	+++	++Φ	+Φ	Φ	+++	+++	+++	+++	+++	+++
7	Tabo-Paralyse .	+++	+++	Φ	Φ			+++	+++	+++	++Φ	Φ	Φ
4*	Frische Lues II .	+++	+++	+++	+++	+Φ	Φ	+++	+++	+++	+++	++Φ	+Φ
6	Lues II, Roseola usw.	+++	+++	+++	+++	+++	Φ	+++	+++	+++	+++	+++	+++
3*	Tabische Arthropathie . . .	+++	+++	+++	Φ	Φ		+++	+++	+++	++Φ	+Φ	Φ
4 XI	Lues II, Roseola, Ulcus . . .	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
8 XI	Ulcus dur. . . .	+++	+++	+++	Φ			+++	+++	+++	Φ		
4 XI	Progr. Paralyse .	+++	+++	++Φ	Φ			+++	+++	++Φ	Φ		
5 XI	„ „	+++	++Φ	+Φ	Φ			+++	++Φ	+Φ	Φ		
6 XI	„ „	+++	+Φ	Φ				+++	+Φ	Φ			
7 XI	„ „	+Φ	Φ	Φ				+++	+Φ	Φ			
8 XI	„ „	+++	+++	Φ				+++	+++	Φ			
3*	Lues II, Drüsen .	+++	+++	+++	+++	+++	+Φ	+++	+++	+++	+++	+++	+++
8	Lues II. . . .	+++	+++	+++	+++	+++	++Φ	+++	+++	+++	+++	+++	+++
5	Tabes dorsalis .	+++	+++	+++	+++	+++	++Φ	+++	+++	+++	+++	+++	+++
6	Lues II, Inf. v. 4 Wochen . .	+++	+++	++Φ	Φ			+++	+++	+++	Φ		
2	Exanthem, Indol. Drüsen . . .	+++	+++	Φ	Φ			+++	+++	+++	Φ		
0	Lues II. . . .	+++	+++	+++	++Φ	Φ		+++	+++	+++	+++	Φ	
6	Indol. Bubonen .	+++	+++	++Φ	Φ			+++	+++	+++	+Φ	Φ	
6	Lues II. . . .	+++	+++	+++	+++	++Φ	++Φ	+++	+++	+++	+++	+++	+++
1	Lues hepatis . .	+++	+++	+++	Φ			+++	+++	+++	+++	++Φ	++Φ
8	Lues II. . . .	+++	+++	+++	+Φ	Φ		+++	+++	+++	+++	+++	+++
1	Lues incipiens .	+++	+++	+Φ	Φ			+++	+++	+++	+++	+++	++Φ

Digitized by Google

Nr. des Serums.	Klinische Diagnose.	0,1 ccm inaktiviertes Serum. a) mit Normalambozeptoren. Fallende Extraktmengen.						0,1 ccm inaktiviertes Serum b) ohne Normalambozeptoren. Fallende Extraktmengen.					
		0,4	0,3	0,2	0,1	0,09	0,08	0,4	0,3	0,2	0,1	0,09	0,08
721	Kephalea, Roseola	+++	+++	+Φ	Φ			+++	+++	+++	++Φ	+Φ	
740	Lues II. . . .	+++	+++	+++	+++	Φ		+++	+++	+++	+++	+Φ	
741	Beginn. Lues II.	Φ	Φ					+++	++Φ	Φ			
763*	Ulcus dur., Bubonen . . .	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	—
780	Roseola incip. Bubonen . . .	+++	+Φ	Φ				+++	+++	++Φ	Φ		
802	Lues incipiens .	+++	+++	+++	+Φ	Φ		+++	+++	+++	+++	+Φ	
803 XI	Lues congenita .	+++	+++	+++	+++	+++	++Φ	+++	+++	+++	+++	+++	—
803	Lues congenita .	+++	+++	+++	+++	+++	++Φ	+++	+++	+++	+++	+++	—
808	Ulcus, Drüsenbubonen . . .	+++	+++	+++	Φ			+++	+++	+++	Φ		
813	Ulc. dur., Bubonen	+++	+++	+++	Φ			+++	+++	+++	+Φ	Φ	
866	Beginn. Roseola .	+++	++Φ	+Φ	Φ			+++	+++	+++	+Φ	Φ	
870	Frische Roseola .	+++	+Φ	+Φ	Φ			+++	+++	++Φ	+Φ	Φ	
902	Ulcera, Leistenbubonen . . .	+++	+++	+++	++Φ	+Φ	Φ	+++	+++	+++	+++	+++	—
982	Lues II. . . .	+++	+++	+++	+++	++Φ	+Φ	+++	+++	+++	+++	+++	—
1010	Angina luetica .	+++	+++	+++	++Φ	+Φ	Φ	+++	+++	+++	+++	++Φ	—

Zeichenerklärung: Φ = komplette Hämolyse; +Φ = Spur Hemmung (Schleier); ++Φ = Spur Hämolyse; +++ = komplette Hemmung.

Die in Tabelle II wiedergegebenen Versuchsergebnisse bestätigen im wesentlichen meine vorangehenden Ausführungen. Eine geringe Anzahl von Seren, und zwar sowohl solche mit besonders hohem wie auch solche mit mäßigem Gehalt an Hemmungskörpern, zeigten einen auch in quantitativer Hinsicht durchaus übereinstimmenden Ausfall der Reaktion beim vorbehandelten und beim unvorbehandelten Serum, so daß für diese Fälle ein, die positive Reaktion oder wenigstens die Reaktionsbreite des einzelnen Serums begünstigender Einfluß der Ambozeptorabsorption zweifellos vermißt wird. Bei weitaus den meisten Seris ist allerdings die Reaktionsbreite zugunsten der vorbehandelten Sera verschoben, und in manchen Fällen sogar ganz beträchtlich erhöht. Wenn bei diesen Versuchen der unbestreitbare Einfluß der verfeinerten Technik vielfach nicht so eklatant in Erscheinung tritt, wie man es vielleicht erwarten sollte, so muß bei Beurteilung der Versuchsergebnisse naturgemäß die Tatsache Berücksichtigung finden, daß der Ambozeptorgehalt der einzelnen Sera, wie ich schon weiter oben ausgeführt habe, erheblichen Schwankungen unterworfen ist, und daß der Wegfall der Normalambozeptoren naturgemäß nur dann in Erscheinung treten wird, wenn ihre Quantität zu einer wesentlichen Verschärfung des hämolytischen Systems ausreichend gewesen war.

Dazu kommt als ein für den Reaktionsausfall nicht zu unterschätzender Faktor die Tatsache, daß ich auch bei der gewöhnlichen Versuchstechnik nur mit Extrakten von größtmöglicher Reaktionsbreite gearbeitet habe, wobei gleichzeitig eine gegenüber der sonst üblichen Komplementmenge von 0,1 ccm wesentlich reduzierte Dosis des Kom-

Digitized by Google

plementes (0,05 ccm) Verwendung fand, so daß also meist nur unter ganz besonders ungünstigen Verhältnissen der durch die Normalambozeptoren bedingte Ambozeptorüberschuß zur Wirkung kommen konnte. Im übrigen befinden sich unter den in Tabelle I aufgeführten Fällen auch drei einschlägige Beobachtungen, bei denen es mit der sonst üblichen Versuchsanordnung zu einer Verschleierung der nach Lage des Falles zu erwartenden positiven Reaktion gekommen war, und erst durch die Entfernung der Normalambozeptoren die einwandfreie positive Diagnose hatte gestellt werden können. In einem dieser Fälle von „Versagern" handelte es sich um einen Fall von primärer beginnender Lues (Primäraffekt mit Spirochäten), während für die beiden anderen Fälle in Entwicklung begriffene paraluetische Erkrankungen des Zentralnervensystems in Frage kommen. Vermittels der Entfernung der Ambozeptoren war es gelungen, die Zahl der positiven Reaktionen um den im Hinblick auf die relativ geringe Gesamtzahl der Fälle immerhin bemerkenswerten Prozentsatz von über 6% zu erhöhen, eine Feststellung, die doch zweifellos in Fällen von „Versagern" die Untersuchung eines fraglichen Serums nach vorangehender Absorption der Normalambozeptoren wünschenswert erscheinen läßt.

Die Domäne für eine erfolgreiche Anwendung der Absorptionsmethode dürfte allerdings weniger auf dem Gebiete der frischen Fälle als gerade auf dem der behandelten oder in ihrer Anamnese und in den klinischen Befunden unsicheren Fällen liegen, um so mehr als diese Fälle von latenter Lues weitaus das größte Kontingent unter den zur Serodiagnostik eingesandten Seris stellen. In der Tat scheint nach den einschlägigen Versuchsergebnissen der schon mehrfach zitierten Autoren, denen sich meine Befunde im großen und ganzen übereinstimmend anschließen, die Absorptionsmethode in einem bemerkenswerten Prozentsatz von Fällen dieser Art mit Erfolg angewandt werden zu können. Ich lasse hier zunächst in tabellarischer Zusammenstellung die von mir vergleichsweise mit beiden Methoden untersuchten Fälle der genannten Art folgen, und zwar zunächst die behandelten Fälle, welche zur Zeit der Serumuntersuchung keine oder höchstens unsichere Erscheinungen boten. Die Zahl der einschlägigen von mir untersuchten Sera beträgt insgesamt 140. Soweit es sich um übereinstimmende negative Resultate bei den beiden Methoden handelt, ist in der folgenden Tabelle III von einer Wiedergabe abgesehen worden. Die Zahl der in Frage kommenden Fälle beträgt 89. In der Tabelle aufgeführt sind alle Fälle (51) mit positivem Resultat, gleichgültig, ob die Differenz im Ausfall der beiden Methoden eine absolute, oder nur eine relative, d. h. quantitative war.

In Übereinstimmung mit den bei frischen Fällen gemachten Erfahrungen überwiegen auch bei den positiv reagierenden behandelten Fällen diejenigen, deren Seroreaktion bei den vergleichenden Untersuchungen des ambozeptorhaltigen und des ambozeptorfreien Serums keine oder wenigstens nur quantitative Differenzen hinsichtlich der Reaktionsbreite aufweist. In acht Fällen war es nicht gelungen, bei Verwendung des die Normalambozeptoren enthaltenden Serums einen Hemmungskörpergehalt des Serums festzustellen, während bei der Untersuchung des ambozeptorfreien Serums in den meisten Fällen ausgesprochen positive Ergebnisse mit kompletten Hemmungen der Hämolyse und nur in einem kleineren

Digitized by Google

Tabelle III.

Behandelte Fälle. Zur Zeit der Untersuchung keine oder nur unsichere Symptome für Lues.

Nr. des Serums.	Klinische Diagnose.	0,1 ccm inaktiviertes Serum. a) mit Normalambozeptoren. Fallende Extraktmengen. 0,4	0,3	0,2	0,1	0,1 ccm inaktiviertes Serum b) ohne Normalambozeptoren. Fallende Extraktmengen. 0,4	0,3	0,2	0,1
3	Ohne Symptome	+++	+++	+++	+Φ	+++	+++	−+−	+−
15	z. T. ohne Symptome	+++	+++	++Φ	Φ	+++	+++	−+−	−
17*	„ „ „	Φ	Φ	Φ	Φ	++Φ	+Φ	−Φ	○
18*	„ „ „	Φ	Φ	Φ	Φ	+++	+++	+−Φ	−○
20*	„ „ „	++Φ	++Φ	Φ	Φ	+++	+++	+−○	○
27	„ „ „	+++	+++	+++	+++	+++	+++	−+−	−−
40*	Lues cong., z. Z. ohne Symptome	Φ	Φ	Φ	Φ	++Φ	++○	−○	○
53	Behandelte Lues congenita	++Φ	++Φ	+Φ	Φ	+++	+++	−+−	−−
60*	z. Z. ohne Symptome	++Φ	+Φ	+Φ	Φ	+++	+−○	−○	−○
62	„ „ „	+++	+++	++○	○	+++	+−−	−−−	○
71	„ „ „	+++	+++	+++	+Φ	+++	+−−	+−−	−−
72	„ „ „	+++	+++	+++	++Φ	+++	+++	+−−	−−
95*	„ „ „	+++	+++	+++	Φ	+++	+++	+−−	−−
104*	„ „ „	Φ	Φ	Φ	Φ	+○	Φ	○	○
113	Lues (cerebri)?	+++	+++	+++	+++	+++	+++	−−−	−−
116	z. Z. ohne Symptome	+++	+++	+++	+++	+++	+++	−−−	−−
138	„ „ „	++Φ	++Φ	+Φ	Φ	+++	+++	−−−	−○
163	„ „ „	+++	+++	+++	+Φ	+++	+++	−−−	−−
348	dub. Symptome	Φ	○	Φ	Φ	+−−	+−○	○	−
355*	z. Z. ohne Symptome	+++	+++	+++	++Φ	+++	−++	−−−	−−
369 IX	„ Nephritis	Φ	Φ	Φ	Φ	+++	+−−	−−○	−
374 IX	„ ohne Symptome	+++	+++	+++	+++	+++	+−−	−−−	−
386*	„ „ „	+Φ	+Φ	Φ	Φ	+−○	+−○	−○	
388*	„ „ „	++Φ	+Φ	+Φ	Φ	+++	−++	+−○	
389	„ „ „	+++	++Φ	+Φ	Φ	+++	+−+	+−−	−
392 IX	„ „ „	+++	+++	+++	Φ	+++	+++	+−−	
395 IX	„ „ „	+++	+++	++Φ	Φ	+++	+−−	−−−	
397 IX	„ „ „	+++	+++	++Φ	Φ	+++	+++	+−○	−
399	„ Bubonen	++Φ	+Φ	Φ	Φ	+++	++○	+Φ	
431*	dub. Symptome	+++	+++	+++	Φ	+++	+++	+−−	−−
448	Lues. Ödem der Lider	+++	+++	+++	Φ	+++	+++	−−−	−−
474*	dub. Symptome	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+−−	−−
486	z. Z. ohne Symptome	+++	+++	+Φ	Φ	+++	+++	+−○	−○
569	„ „ „	+++	+++	+Φ	Φ	+++	+++	−○	○
591	Behand. z. Z. Rezidiv.	+++	+++	++Φ	Φ	+++	+++	+−−	−−
627	Kopf-Rückenschmerzen	+++	++Φ	Φ	Φ	+++	+++	+−○	○
637	„ „	+++	+++	+++	+++	+++	+−−	+−−	−−
656	z. Z. Tabessymptome	+++	+++	++Φ	Φ	+++	+++	++○	−○
698	„ ohne Symptome	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+−−	−−
701*	Behand. z. Z. Neurasthenie	Φ	Φ	Φ	Φ	+++	+Φ	○	○
703	z. Z. ohne Symptome	+++	+++	+++	Φ	+++	+++	++−	○
723*	„ „ „	Φ	Φ	Φ	Φ	++Φ	+Φ	○	○
764	„ Polyarthritis	+++	+++	++Φ	Φ	+++	+++	++−	−○
782	„ Gelenkschmerzen	+++	+++	+Φ	Φ	+++	+++	++○	○
789	Abgeheilt. Ulcus	+++	++Φ	+Φ	Φ	+++	+++	+−○	○
790	„ „ sonst z. Z. nihil	+++	+++	+++	+Φ	+++	+++	+−−	−−
854	z. Z. ohne Symptome	+++	Φ	Φ	Φ	+++	+Φ	○	○
855	„ „ „	+++	+++	+Φ	Φ	+++	+++	+−○	○
884	Behand. dub. Symptome	+++	+++	+++	Φ	+++	+++	−−−	−−
992	Behand. z. Z. susp. Symptome	Φ	Φ	Φ	Φ	+++	++Φ	−Φ	○
1001	Ulcus dub., früher Lues	+++	+++	+Φ	Φ	+++	+++	+−−	−○
1015	z. Z. Iritis	+Φ	Φ	Φ	Φ	+++	++Φ	+Φ	○

Digitized by Google

Teil der fraglichen Fälle, als Zeichen eines relativ geringeren Hemmungskörpergehaltes, partielle Hemmungen zu erzielen waren. Daneben fand sich noch eine weitere Gruppe von sieben Fällen, die bei Untersuchung des unvorbehandelten Serums nur mehr oder weniger starke partielle Hemmungen bedingten, während beim vorbehandelten Serum die positive Reaktion stets in Form stärkerer Hemmungsgrade, meist sogar als komplette Hemmung zutage trat. Alles in allem ergab sich also auch bei dieser Gruppe von Fällen wiederum eine nicht unbeträchtliche Erhöhung von positiven Reaktionen (über 10%) zugunsten der Untersuchung mit ambozeptorfreiem Serum.

Tabelle IV.

(Klinisch und anamnestisch unsichere Anhaltspunkte.)

Nr. des Serums.	Klinische Diagnose.	0,1 ccm inaktiviertes Serum. a) mit Normalambozeptoren. Fallende Extraktmenge.				0,1 ccm inaktiviertes Serum. b) ohne Normalambozeptoren. Fallende Extraktmengen.			
		0,4	0,3	0,2	0,1	0,4	0,3	0,2	0,1
42*	Ulcus cruris, luetisch? . . .	+++	+++	+Φ	Φ	+++	+++	+++	++Φ
46	Ulcus dub.? Lues II? . . .	+++	+++	+++	Φ	+++	+++	+++	++Φ
59*	Lues III	++Φ	Φ	Φ	Φ	+++	+++	+Φ	Φ
128	Gumma? Infektion negiert . .	Φ	Φ	Φ	Φ	+Φ	+Φ	+Φ	Φ
146*	Lues III? Aortitis luetica? . .	+Φ	+Φ	Φ	Φ	+++	+++	++Φ	Φ
153*	Myelitis (Lues?)	Φ	Φ	Φ	Φ	+++	+++	+Φ	Φ
188	Luesverdacht; zweifelh. Symptom.	+++	++Φ	+Φ	Φ	+++	+++	+++	+Φ
222	Lues latens? Uxor Lues . .	+++	+++	++Φ	+Φ	+++	+++	+++	++Φ
354 XI	Suspecter Impetigo	+++	+++	+++	++Φ	+++	+++	+++	++Φ
370 XI	Keratitis. Lues?	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
426 XI	Keratitis. Lues congenita? . .	+++	+++	+++	+Φ	+++	+++	+++	+Φ
468*	Dub. Symptome.	++Φ	+Φ	+Φ	Φ	+++	+++	+++	++Φ
487	Keratitis parenchymat. Lues? .	+++	+++	+++	Φ	+++	+++	+++	Φ
488	Krisen, Tabes dorsalis? . . .	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
493	Susp. Ulcera am Gaumen und Uvula	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
500	Susp. Defekt. der Nasenscheidewand. 3 Aborte.	+++	+++	+++	Φ	+++	+++	+++	+Φ
529	Ulcus susp. d. Hohlhand . .	+++	+++	+++	++Φ	+++	+++	+++	+++
649*	Ulcera dub. der Lippe. Indol. Bubonen	+Φ	+Φ	Φ	Φ	++Φ	+Φ	+Φ	Φ
661*	Leberzirrhose. Lues? . . .	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
795*	Perforation d. Nasenseptums .	Φ	Φ	Φ	Φ	+++	+++	+++	+++
795 XI	Susp. Defekt. d. Nasenseptums (Salvarsan)	Φ	Φ	Φ	Φ	+++	+++	+++	+++
809	Susp. auf Lues	+++	+++	+Φ	Φ	+++	+++	++Φ	Φ
829*	Dub. Inf. v. 3 Mon., z. Z. ohne Symptome	Φ	Φ	Φ	Φ	+++	++Φ	+Φ	Φ
904*	Keratitis parenchymatosa Lues?	++Φ	++Φ	+Φ	Φ	+++	+++	++Φ	+Φ
931	Luesverdacht. (Uxor infiz.) . .	+++	+++	+++	++Φ	+++	+++	+++	+++
960	Psoriasis luet. d. Hand . . .	Φ	Φ	Φ	Φ	++Φ	+Φ	Φ	Φ
994	Luesverdacht. Pupillendiff. .	++Φ	Φ	Φ	Φ	+++	+++	++Φ	Φ
1014	Luesverdacht. (UxorLuesinfekt.)	++Φ	+Φ	Φ	Φ	+++	+++	++Φ	Φ

Als letzte Gruppe seien dann noch die Ergebnisse von 88 Fällen verschiedenartiger Erkrankungen aufgeführt, bei denen die Blutunter-

Digitized by Google

suchung wegen des Verdachtes einer frischen oder älteren Luesinfektion vorgenommen wurde. Klinische Befunde und anamnestische Angaben boten zur Zeit der Blutuntersuchung in diesen Fällen keine sicheren Anhaltspunkte für eine Luesinfektion jüngeren oder älteren Datums. Soweit es sich bei den fraglichen Fällen um positive Ergebnisse handelte, konnten dieselben, wie ich hier zu rStütze der Reaktionsergebnisse anführen möchte, später durch weiteren klinischen Verlauf durchaus bestätigt werden. Was die vorstehende Tabelle IV anlangt, so enthält dieselbe ebenfalls nur die Fälle mit positiven bzw. differenten Versuchsergebnissen. Die Zahl dieser letzteren Fälle beträgt insgesamt 28 gegenüber 60 Fällen, in denen sowohl bei Prüfung des ambozeptorhaltigen wie des ambozeptorfeien Serums übereinstimmend eine negative Reaktion beobachtet werden konnte.

Die Ausführungen der vorangehenden Abschnitte beanspruchen in gleicher Weise auch Geltung für die Fälle der Tabelle IV. Neben den Fällen, die bei Untersuchung mit Hilfe der beiden Methoden durchaus übereinstimmende oder doch höchstens in quantitativer Hinsicht etwas differente Resultate ergeben, finden sich auch unter den zuletzt angeführten Proben wieder 12, welche nur bei Verwendung des ambozeptorfreien Serums bei der Reaktion entsprechend dem klinischen Verhalten der betreffenden Fälle als positiv erkannt werden konnte. In einem Teil dieser Fälle hatte die Untersuchung des ambozeptorhaltigen Serums zu einem absolut negativen Resultat geführt, während bei den übrigen in Frage kommenden Seris bei Anwendung der sonst üblichen Versuchstechnik (ambozeptorhaltiges Serum) nur mehr oder weniger starke partielle Hemmungen zu erzielen gewesen waren und das Gutachten über die fragliche Reaktion auf ein „non liquet" lauten mußte. Bei der Untersuchung des von seinen Normalambozeptoren befreiten Serums war demnach bei den in der vorstehenden Gruppe aufgeführten Fällen hinsichtlich der Zahl der positiven Ergebnisse eine Erhöhung um ca. 15% gegenüber der Prüfung des ambozeptorhaltigen Serums zu verzeichnen gewesen.

Wenn wir also die bisher mitgeteilten Fälle noch einmal zusammenfassend überblicken, so ergibt sich in Übereinstimmung mit den Feststellungen von Jacobäus, Mintz, Rossini u. a. unzweifelhaft die Tatsache, daß die Entferung der Normalambozeptoren aus dem Patientenserum durch spezifische Absorption mit Vorteil für eine Verfeinerung der WR. verwendet werden kann, da es auch nach meinen einschlägigen Erfahrungen keinem Zweifel unterliegt, daß die im Patientenserum enthaltenen Normalambozeptoren gegen Hammelblut geeignet sind, durch eine beträchtliche Verschärfung des hämolytischen Systems eine Verschleierung positiver Reaktionen herbeizuführen, wo nach Lage der in Frage kommenden Fälle unbedingt eine positive Reaktion erwartet werden muß. Die durch Absorption der Normalambozeptoren des Patientenserums verfeinerte Reaktion erfüllt dabei gleichzeitig zwei Kardinalforderungen, sie ergibt unter der Voraussetzung einer sonst einwandfreien exakten Versuchstechnik keine unspezifischen Hemmungen und erhöht den Prozentsatz der wirklich durch Luesinfektion bedingten Seroreaktionen zum Teil ganz beträchtlich, so daß die Untersuchung des von seinen Ambozeptoren befreiten Serums unter Einhaltung der sonst bewährten Originaltechnik namentlich für die sog. „Versager" und für die sog. paradoxen Sera empfohlen werden kann.

Digitized by Google

Die vorliegenden Studien über die Bedeutung der hämolytischen Faktoren für den Ausfall der WR. bei den einzelnen Seris gaben mir Gelegenheit, über die namentlich in letzter Zeit wieder akut gewordene und in der neueren Literatur eingehend diskutierte, im übrigen auch von mir im Beginn dieser Ausführung schon berührten Fragen der sog. „paradoxen Sera" aus eigner Anschauung weitere Erfahrungen zu sammeln. Trotzdem ja die genannte Frage, wie schon eben angedeutet, in neuester Zeit Gegenstand eingehender kritischer und experimenteller Studien gewesen ist, vermag uns die Literatur auf die Frage, ob paradoxe Sera überhaupt vorkommen oder vorkommen können, nichts weniger als eine einheitliche Antwort zu geben. Nachdem zuerst Freudenberg in seiner eingangs schon erwähnten „Mahnung zur Vorsicht bei der diagnostischen Verwertung der WR." die Aufmerksamkeit von Klinikern und Serologen auf die widersprechenden Versuchsergebnisse, wie sie bei Ausführung der Serodiagnostik der Syphilis nach Wassermann gelegentlich erhalten werden können, gelenkt hatte, berichtete zunächst Meyerowsky über Ergebnisse, die sich den Beobachtungen Freudenbergs im Prinzip anschlossen. Kurze Zeit nachher konnte dann in der Breslauer dermatologischen Klinik auch Marg. Stern die erwähnten Beobachtungen bestätigen und feststellen, daß manche menschlichen Sera bei wiederholter Untersuchung mit Hilfe der WR. an verschiedenen Tagen trotz gleicher Versuchstechnik mehr oder minder divergierende Ergebnisse zeigten, d. h. also, um mich der seinerzeit von Meyerowsky eingeführten Ausdrucksweise zu bedienen, sich als „paradoxe Sera" erwiesen, wobei nicht weniger als 72% der von Marg. Stern untersuchten Sera bei wiederholter Untersuchung einen Umschlag der Reaktion hatte erkennen lassen. Auch Krefting, Georg Meyer, sowie einige andere Autoren berichten über derartige Beobachtungen, und wenn die schon mehrfach zitierte Arbeit von Roemheld darauf hinweist, daß die „paradoxen Sera" gewiß noch häufiger vorkommen als dies zur offiziellen Kenntnis der Serologen gelangt oder doch wenigstens den Gegenstand literarischer Erörterungen bildet, so muß ich auf Grund meiner eigenen Erfahrungen dem genannten Autor durchaus beistimmen, und ich glaube, daß wohl die meisten Serologen über eine je nach der Zusammensetzung ihres Materials größere oder geringere Anzahl solcher Sera verfügen. Eine ganze Anzahl namhafter Autoren, unter ihnen H. Sachs, Hoffmann, Hoehne u. a., stellen allerdings das Vorkommen paradoxer Sera überhaupt in Abrede und legen die einschlägigen Beobachtungen der (ev. mangelhaften) Technik der in Frage kommenden Untersucher zur Last. Auch Sonntag und Rasp, die sich besonders eingehend mit der Frage der paradoxen Sera beschäftigt haben, machen die Technik für das Auftreten der paradoxen Sera verantwortlich. Im Prinzip geben also die letztgenannten Autoren auch auf Grund ihrer eigenen einschlägigen Beobachtungen das Vorkommen der sog. paradoxen Sera durchaus zu, treten aber mit Recht der in der Literatur und zum Teil wohl auch in Praktikerkreisen verbreiteten, aber durchaus irrigen Auffassung entgegen, als ob ein Umschlag der Reaktion der in Frage kommenden Sera in dem Sinne vorkomme, „daß für Syphilis charakteristische Reaktionskörper des Serums kurz nach der Entnahme des Serums in diesem nicht vorhanden seien, sondern sich erst während der Aufbewahrung des Serums in ihm bilden,

Digitized by Google

Tabelle V.

Sera mit paradoxen Reaktionen.

Nr. des Serums.	Termin der 1. Untersuchung.	Fallende Extraktmengen. 0,4	0,3	0,2	0,1	Termin der 2. Untersuchung.	Fallende Extraktmengen. 0,4	0,3	0,2	0.1
6	3. 1. 12	+++	+++	++Φ	Φ	26. 1. 12	Φ	Φ	○	○
17	5. 1. 12*	++Φ	++Φ	+Φ	Φ	8. 1. 12	Φ	Φ	Φ	○
18	5. 1. 12*	+++	+++	+Φ	Φ	8. 1. 12	Φ	Φ	Φ	○
20	5. 1. 12	+++	+++	+Φ	Φ	15. 1. 12	++Φ	++○	○	○
27	6. 1. 12	+++	++Φ	Φ	Φ	26. 1. 12	+++	+++	+++	○
42	9. 1. 12	Φ	Φ	Φ	Φ	21. 2. 12	+++	+++	+○	○
53	11. 1. 12*	+++	+++	+++	+++	15. 1. 12	++Φ	++Φ	+○	○
59	12. 1. 12	Φ	Φ	Φ	Φ	26. 1. 12	++○	Φ	○	○
60	12. 1. 12	Φ	Φ	Φ	Φ	15. 1. 12	++Φ	++○	+Φ	○
95	19. 1. 12	Φ	Φ	Φ	Φ	22. 1. 12	+++	+++	++–	○
103	21. 1. 12	+++	+++	+++	+++	22. 1. 12	++Φ	Φ	○	○
104	22. 1. 12	+++	+++	+Φ	Φ	24. 1. 12	Φ	Φ	○	○
116	23. 1. 12	+++	+++	++Φ	Φ	26. 1. 12	+++	+– +	+–+	+––
146	28. 1. 12	+++	+++	++Φ	Φ	3. 2. 12	+Φ	+Φ	○	○
153	30. 1. 12*	+++	++Φ	+Φ	Φ	3. 2. 12	Φ	Φ	○	○
302	17. 2. 12	+++	++Φ	Φ	Φ	7. 3. 12	Φ	Φ	○	○
308	2. 3. 12	+++	+++	+Φ	Φ	7. 3. 12	Φ	Φ	○	○
324	2. 3. 12	+++	+++	++Φ	Φ	7. 3. 12	Φ	Φ	○	○
328	4. 3. 12	++○	+Φ	Φ	Φ	7. 3. 12	+++	+–○	+○	○
355	7. 3. 12	+++	+Φ	Φ	Φ	13. 3. 13	+++	+++	++–	–○
358	8. 3. 12	+++	++Φ	+Φ	Φ	13. 3. 12	Φ	Φ	○	○
384	11. 3. 12	+++	+++	++Φ	Φ	14. 3. 12	+++	+++	+––	–––
388	12. 3. 12	+++	+++	+Φ	Φ	14. 3. 12	++Φ	++○	○	○
393	13. 3. 12*	Φ	Φ	Φ	Φ	3. 4. 12	+++	++–	+––	–○
410	15. 3. 12*	+++	+++	++Φ	Φ	3. 4. 12	++Φ	++○	Φ	○
426	18. 3. 12	+++	+++	++Φ	Φ	28. 3. 12	Φ	Φ	Φ	○
448	21. 3. 12	+++	+++	Φ	Φ	27. 3. 12	+++	+++	++–	○
454	22. 3. 12	+++	+++	+Φ	Φ	27. 3. 12	+++	+++	+––	○
486	29. 3. 12	++Φ	+Φ	Φ	Φ	2. 4. 12	+++	+++	++○	○
649	2. 5. 12	++Φ	Φ	Φ	Φ	6. 5. 12	+++	+–+	++○	○
679	8. 5. 12	++Φ	+Φ	Φ	Φ	10. 5. 12	Φ	Φ	○	○
680	8. 5. 12	++Φ	+Φ	Φ	Φ	10. 5. 12	Φ	Φ	○	○
685	9. 5. 12	++Φ	+Φ	Φ	Φ	10. 5. 12	Φ	Φ	○	○
701	13. 5. 12	+++	+++	++Φ	Φ	20. 5. 12	Φ	Φ	○	○
723	19. 5. 12 VI	+++	+++	++Φ	Φ	29. 5. 12 IX	○	Φ	○	○
829	12. 6. 12 VI	+++	+++	++Φ	Φ	18. 6. 12 IX	Φ	Φ	○	○
856	15. 6. 12	+++	+++	++Φ	+Φ	21. 7. 12	Φ	Φ	○	○
866	21. 6. 12	++Φ	+Φ	Φ	Φ	29. 6. 12	Φ	Φ	○	○
891	22. 6. 12	+++	+++	++Φ	+Φ	29. 6. 12	Φ	○	○	○
938	6. 7. 12	+++	++Φ	+Φ	○	13. 7. 12	Φ	Φ	○	○

Zeichenerklärung: +++ = komplette Hemmung; ++Φ = Spur Hämolyse; ++○ = Spur Hemmung; Φ = komplette Hämolyse. (Das Sternchen hinter dem Datum bedeutet Späthämolyse an dem betreffenden Untersuchungstage.)

oder daß sie zuerst vorhanden sind und dann verschwinden". Im streng kritischen Sinne kann demnach auch nach den einschlägigen Ausführungen nicht mehr von „paradoxen Seris" die Rede sein, sondern höchstens von „paradoxen Reaktionen" gesprochen werden, eine Auffassung, der auch in jüngster Zeit Ritz und Sachs Ausdruck verliehen haben, und die meines

Digitized by Google

Erachtens einzig und allein das Wesen der Erscheinung trifft, ohne gleichzeitig eine irrtümliche Vorstellung nnd damit eine namentlich in Kreisen, welche den biologischen Problemen ferner stehen, unausbleibliche Verwirrung hervorzurufen.

Wenn also die Frage sachgemäß dahin lautet, ob bei der Serodiagnostik der Syphilis nach WASSERMANN gelegentlich paradoxe Reaktionen vorkommen, bezw. vorkommen können, so wird diese Frage wohl im Gegensatz zu RITZ und SACHS, SORMANI u. a. von den meisten Serologen bejaht werden müssen, während das Vorkommen paradoxer Sera im Sinne der oben zitierten Ausführungen von SONNTAG und RASP wohl durchweg in Abrede gestellt werden dürfte. Bezüglich des Vorkommens derartiger „paradoxer Sera" im Sinne paradoxer Reaktionen stehe ich durchaus auf dem Standpunkt MEYEROWSKYS und möchte zum Beleg dieser Auffassung zunächst eine Anzahl derartiger Seren mit paradoxer Reaktion tabellarisch wiedergeben, um dann an der Hand der Literatur und meiner eigenen Erfahrungen das Wesen dieser Erscheinung und die Wege und Möglichkeiten, die uns zur ihrer Vermeidung zur Verfügung stehen, eingehender zu erörtern.

(Schluß folgt.)

Versammlungen.

Russische syphilidologische und dermatologische Gesellschaft TARNOWSKY zu St. Petersburg.

Originalbericht von LEO, EHRLICH St. Petersburg.

Sitzung vom 8. Februar 1913.

Vorsitzender Prof. KULNEW teilt den Tod des russischen Forschers Prof. PODWYSSOTZKY mit und fordert die Anwesenden auf, das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen zu ehren. (Es geschah.)

1. WERSILOWA zeigt einen Fall von **Bromoderma vegetans.** Die Demonstration wird durch photographische Abbildungen und mikroskopische Präparate erläutert.

Diskussion: EHRLICH berichtet über einen ähnlichen Fall aus der Privatpraxis, welchen er **Bromoderma tuberosum et vegetans** nennen möchte. Es handelt sich in seinem Falle um ein junges Mädchen, welches vor jeder Menstruation an epileptischen Anfällen litt. Es wurde der Patientin von einem Nervenarzt Bromnatrium in relativ kleinen Dosen (1.5—2.0 pro die) verordnet. Nach ca. $2^1/_2$ Monaten dieser Bromtherapie haben sich auf dem rechten Unterschenkel drei sehr schmerzhafte Knoten von schwammiger Struktur entwickelt; weiter haben sich allmählich zahlreiche tuberöse Elemente an der Streckseite der beiden Oberarme gebildet; diese waren von festerer Konsistenz. Die Gesichtshaut war und blieb vollständig frei von Effloreszenzen. Unter Aufgeben des Bromgebrauchs und entsprechender Therapie ging die Rückbildung der Knoten sehr langsam vor sich mit Hinterlassen häßlicher Pigmentationen.

KULNEFF findet den von W. demonstrierten Fall klinisch und mikroskopisch betrachtet sehr typisch.

2. KEDROFF stellt einen vierjährigen Knaben mit **Pityriasis rubra Hebra** vor.

Digitized by Google

Diskussion: Ehrlich bemerkt, daß in dem klinischen Bilde dieses Falles ein wichtiges Symptom, das Jucken nämlich, fehlte.

Kulneff stimmt E.s Meinung zu und glaubt trotzdem, daß der Fall in Betracht der Hautveränderungen sehr typisch sei.

3. Solowieff hält einen Vortrag: **Weitere Beobachtungen über die Wirkung des Neosalvarsans.** Auf Grund der von ihm vorgenommenen 782 Neosalvarsaninjektionen bei 260 Fällen kommt S. zu folgenden Schlüssen: 1. das Neosalvarsan ist ein mächtiges Heilmittel, mit welchem man in der Mehrzahl der Fälle ganz befriedigende Resultate erzielen kann, 2. in den einzelnen Fällen scheint die Sterilisatio magna nicht ausgeschlossen zu sein, 3. jede unangenehme Nebenwirkung des Neosalvarsans ist bei einer Dosis von 0,3 und einer Zwischenpause von Minimum fünf Tagen ganz ausgeschlossen.

Diskussion: Obraszoff fragt, was wollte eigentlich der Vortragende bei seinen ausgedehnten Experimenten mit Neosalvarsan erzielen? Ob er die Neosalvarsanwirkung mit der Salvarsanwirkung verglichen habe und ob die klinische Wirkung desselben durch das Laboratorium kontrolliert worden sei? Wie verhält sich Neosalvarsan gegenüber dem Blute, dem Nervensystem, Knochensystem, Darmkanal usw.? Wenn man von solchen massenhaften intravenösen Injektionen hört, wo es sich um 6—8, ja sogar 14 Injektionen bei ein und demselben Kranken handelt, möchte man gern mehr motivierte und ausgearbeitete Schlußfolgerungen hören.

Ehrlich bemerkt, daß S.s Behauptung, daß die 3 — 4wöchigen Schanker schon nach einer einzigen Neosalvarsaninjektion negativen Wassermann zeigten, keinen besonderen Wert hat, da wir doch wissen, daß diese Periode der Syphilis fast immer eine negative Seroreaktion gibt.

Solowieff bittet, die weitere Diskussion auf die nächste Sitzung zu verschieben.

4. Dembskaja hält einen Vortrag: **Erfahrungen über Herstellung des antiblennorrhoischen Serums und klinische Beobachtungen über dessen Wirkung.** (Erscheint demnächst.)

Sitzung vom 15. März 1913.

1. Podwysotzkaja (Gast) zeigt einen Fall zur Diagnose. Es handelt sich um eine 38jährige Frau, Krankheitsdauer 25 Jahre. An der Rückenhaut sieht man mehrere Flecke, welche sich parallel den interkostalen Nerven ausdehnen und keine Anästhesie zeigen; demgegenüber gibt die Untersuchung der Oberarme, Hände, Unterschenkel und Füße eine sehr ausgesprochene Hautanästhesie; an der linken Fußsohle sieht man außerdem ein sehr tiefes Geschwür und die Finger beider Hände und die Zehen des linken Fußes sind ähnlich wie bei Lepra mutilans verstümmelt. Eine sehr sorgfältige und wiederholte mikroskopische Untersuchung ließ keine Leprabazillen nachweisen. Die Diagnose schwankt zwischen Syringomyelie und Lepra.

Die Diskussion gibt der Diagnose keine Aufklärung.

2. Sachnowskaja (Gast) demonstriert: a) einen Fall von **Pityriasis rubra pilaris** mit einem sehr benignen Verlauf, b) einen Fall von **Sklerodermie,** welcher erfolgreich mit Fibrolysin behandelt worden ist.

3. Bakalejnik (Gast) zeigt zwei neue Instrumente: 1. einen Zirkulartrokar zur Eröffnung der Bubonen, 2. eine Tripperspritze.

4. Schiperskaja hält einen Vortrag: **Die Bedingungen der blennorrhoischen Kindererkrankungen nach dem achtjährigen Material des Kalinkinspitals.** (Erscheint demnächst.)

5. Schiron hält einen Vortrag: **Beiträge zur Kenntnis der Schilddrüsenveränderungen bei der hereditären Kindersyphilis.** (Erscheint demnächst.)

Digitized by Google

Sitzung vom 12. April 1913.

1. Schafir zeigt eine Kranke mit **Syphilis gummosa ulcerosa profunda der Rachenschleimhaut.** Bei der ersten Untersuchung ließ das tiefe, sehr schmerzhafte Geschwür ein Epitheliom vermuten, wofür auch das sehr ausgesprochene Abmagern der Patientin sprach. Die Wassermann-Reaktion war stark positiv (++++). Nach einer Salvarsaninjektion hat sich das Aussehen des Geschwürs schroff verändert, und bald darauf zeigten sich frische Granulationen; das Fortschreiten des gummösen Infiltrates hielt an, und die Patientin nahm an Gewicht zu.

Diskussion: Pawloff fragt, wie wäre in diesem Falle die hochgradige Kachexie zu erklären?

Obraszoff möchte wissen, ob man hier ein Epitheliom vollständig ausgeschlossen habe und ob es sich hier nicht um ein Sarkom handle?

Schafir erwidert, daß das starke Abmagern der Kranken durch die andauernde mangelhafte Ernährung infolge von schmerzhaftem Schlucken zu erklären sei; was nun die Diagnose einer malignen Neubildung anbetrifft, so ist ein Epitheliom noch nicht vollständig ausgeschlossen, und das mikroskopische Bild gibt keinen Grund, in diesem Falle an ein Sarkom zu denken.

Morosoff bemerkt, daß hier eine wiederholte Salvarsanbehandlung zu empfehlen sei.

Kulneff äußert sich, daß schon bei der ersten Untersuchung das ganze klinische Bild des Geschwürs eher ein Gumma als ein Karzinom vermuten ließ.

2. Schiperskaja hält einen Vortrag: **Zur Frage über die Pseudofurunkulose Finger.** (Erscheint demnächst.)

3. Pereschiwkin (Gast) hält einen Vortrag: **Über die Polypen der hinteren Harnröhre.**

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 20, Heft 4, April 1913.

Über eine seltene Anomalie des Haarwechsels, von Bruno Hochstetter-Wien. Verfasser schildert einen interessanten Fall eines Patienten, bei dem auf der Brust- und Rückenhaut stark markierte Follikel mit kurzen, schwarz gefärbten, stachelartigen Gebilden im Zentrum zu sehen waren. Bei der Epilation eines solchen Pfropfes erwies sich derselbe als ein Büschel von Lanugohärchen. Dieses Krankheitsbild ist bereits von anderen Verfassern unter dem Namen Thysanothrix beschrieben worden. Die mikroskopische Untersuchung eines solchen Büschels ergab bei dem Patienten des Verfassers zahlreiche, verschieden lange, durchweg scharf konturierte, an den unteren Enden vielfach leicht aufgetriebene und aufgefaserte Haarschäfte, die durch eine kittartige lamellöse Substanz teilweise aneinandergedrückt waren und an den freien, aus der Follikelmündung herausragenden Enden zwischen sich reichliche Massen von Schmutz erkennen ließen. Für das Zustandekommen einer solchen Bildung sprechen zwei Möglichkeiten, entweder einer abnorm angeborenen Papillenbildung resp. der Anlage zahlreicher nebeneinander gelagerter Papillen, die sich schließlich in einem gemeinsamen Follikel fortsetzen, oder aber nur die Möglichkeit eines abnormen Haarwechsels, wonach alle Haare aus einer gemeinsamen Papille entspringen, und nur nicht den gewöhnlichen Gesetzen entsprechend ausgestoßen werden, sondern in dem Follikel restieren und durch das

Digitized by Google

fortwährende Nachschieben neuer Haare zu dieser Bildung Anlaß geben. Bei der histologischen Untersuchung erweisen sich die Haarfollikelmündungen ungemein weit, sich trichterförmig gegen das Innere des Follikels zu verschmälernd. In dieser weiten Follikellichtung findet man die Längsschnitte zahlreicher, bis zu 16 zählender Haare, die hier vielfach sehr eng aneinandergepreßt erscheinen und zum Teil von einer ziemlich mächtigen lamellösen Masse umgeben sind. Stellenweise findet man auch zwischen den Haaren solches lamellöses Material. Die Hauptmasse der hier anzutreffenden, den Follikel ausfüllenden Haare sind Kolbenhaare.

„Amerikanischer Ursprung" und „Mal franzoso" um die Mitte des 15. Jahrhunderts in Italien, von KARL SUDHOFF. In seiner Polemik mit RICHTER kommt der Verfasser durch seine Studien zum Resultat, daß die Syphilis nicht amerikanischen Ursprungs ist. Chrzelitzer-Posen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 115, Heft 7, April 1913.

Die Serodiagnose der Syphilis. Sammelreferat über die Arbeiten des letzten Jahres, von A. GLUECK-Breslau. Allein aus dem letzten Jahre hat Verfasser 120 Arbeiten sammeln können, die sich mit der Serodiagnose der Syphilis beschäftigen; teils mit ihrer Bedeutung bei den einzelnen Erscheinungsformen syphilitischer und metasyphilitischer Erkrankungen, teils mit dem Wesen der Reaktion und dem Wert der angegebenen Modifikationen. „Die durch den luetischen Prozeß im infizierten Organismus verursachten Veränderungen, die das Phänomen der WASSERMANN-NEISSER-BRUCKschen Reaktion bedingen, sind bisher in ihrem Wesen noch nicht sicher erkannt. Die übereinstimmende Ansicht fast aller Verfasser geht jetzt dahin, daß die Syphilis Änderungen teils physikalischer, teils chemischer Natur im Serum zur Folge hat. Die Ansichten gehen darüber auseinander, ob für diese Änderung des Serums eine lipoide oder eine Globulinsubstanz verantwortlich zu machen ist." „Die Kasuistik jener Fälle, welche bei positivem WASSERMANN negative Luesanamnese und in Hinsicht auf Lues vollkommen negativen Befund zeigen, ist nicht sehr groß geworden." „Die Spezifität der WASSERMANN-Reaktion als Luesdiagnostikum ist zwar eine sehr weitgehende, aber dennoch nicht unbegrenzte. Wenn die WASSERMANNsche Reaktion als Ultimum refugium bei der Diagnose angesehen werden soll, dann wird sie sehr oft im Stiche lassen. Neben allen anderen diagnostischen Hilfsmitteln leistet sie unschätzbare Dienste."

Band 116, Heft 1, März 1913.

1. Die ersten Maßnahmen der Stadt Nürnberg gegen die Syphilis, in den Jahren 1496 und 1497, von KARL SUDHOFF-Leipzig. Verfasser hat das originale Aktenmaterial der alten Reichsstadt Nürnberg durchstudiert, in der sich viele Andeutungen finden über die Frage der Syphilisbekämpfung. Gegen die damals im Ausbreiten begriffene Seuche wurden eine Reihe prophylaktischer Maßnahmen getroffen bzw. die einzelnen Fälle so bald und so gründlich wie möglich zur Behandlung und Isolierung gebracht. Verfasser hat die ersten beiden Jahrgänge der Akten durchstudiert und referiert dieselben ziemlich eingehend.

2. Untersuchungen über den Eiweißabbau bei einigen Dermatosen, von AD. NEIDITSCH-Basel. Die Störungen im Eiweißabbau, die für verschiedene Dermatosen als von ursächlicher Bedeutung beschrieben worden sind, haben zu qualitativen und quantitativen Untersuchungen in der Ausscheidung der verschiedensten Endprodukte des Eiweißes geführt. Da wir wissen, daß das Nahrungseiweiß schon durch

Digitized by Google

die Fermente des Verdauungstraktus in seine Aminosäurenkomponente zerlegt wird, und daß das im Körper zerfallende Eiweiß über die Aminosäuren in seine Endprodukte (Harnstoff, Kohlensäure und Wasser) zerfällt, hat Verfasser Untersuchungen über eventuelle Vermehrung des Aminosäurenstickstoffwertes im Harn angestellt. Untersuchungen von normalen Menschen haben ergeben, daß die Aminosäurenstickstoffausscheidung in der Tagesmenge Urin 0,02—0,05 g beträgt, und zwar unabhängig vom Alter und von der Nahrung. Daraufhin wurden an 38 Patienten mit 17 verschiedenen Dermatosen und 3 Fällen von Tripper im ganzen 139 Aminosäurenstickstoffbestimmungen nach der Formelmethode von FREY und GIGON vorgenommen. In keiner der geprüften Dermatosen, weder bei Psoriasis, noch Ichthyosis, noch Ekzem u. a. konnte eine konstante und daher für die Pathogenese der betreffenden Krankheit zu verwertende Vermehrung der im Harn ausgeschiedenen Aminosäurenmenge konstatiert werden; ebenso erwies sich auch die Menge der in den spontanen Hautblasen eines Pemphigus vulgaris enthaltenden Aminosäuren nicht erhöht.

Dagegen fand sich in einem Falle von chronisch rezidivierender Urtikaria jeweilen parallel mit den neuen Schüben ein ganz auffallend starkes Ansteigen der ausgeschiedenen Aminosäuren, so daß hier eine ursächliche Bedeutung der Aminosäurenausscheidung und damit eine Störung im Eiweißabbau nicht von der Hand zu weisen ist.

3. Zungenkrebs als Folgezustand bei einem Falle von Epidermolysis bullosa (dystrophische Form), von E. KLAUSNER-Prag. In dem mitgeteilten Falle handelt es sich „um eine in den ersten Lebenstagen einsetzende Blasenerkrankung, die stellenweise symmetrisch an bestimmte Bezirke der Haut gebunden, zu einer entzündlichen Atrophie der befallenen Stellen geführt hat, einhergehend mit trophischen Störungen in der Nagel- und Haaranlage, und intensives Befallensein der Mund- und Zungenschleimhaut, welche äußerst empfindlich auf die zahlreichen Traumen, denen sie fortwährend ausgesetzt sind, mit fast kontinuierlichen Blasenbildungen antwortete und im Laufe der Jahre keine besondere Veränderung aufwies, bis vor kurzem ziemlich rasch die Zunge in toto unter dem klinischen Bilde des szirrhösen Krebses verändert wurde, welcher schon heute unoperabel, das Leben der Patientin durch die Ernährungserschwerung und beginnende Kachexie gefährdet und die Prognosis quoad vitam als sehr ungünstig zu stellen zwingt".

„Die angeborene Überempfindlichkeit und Störung in der Anlage der Haut bzw. des Epithels, die in anderen Fällen von Epidermolysis bullosa zu Schleimhautverdickungen (ADRIAN) oder zu Leukoplakie (BETTMANN) geführt hat, möchte ich in meinem Falle für die Entstehung des Zungenkarzinoms verantwortlich machen."

4. Zur Kenntnis der Myome der Kutis und der Subkutis, von PAUL SOBOTKA-Prag. Die vorliegende Arbeit berichtet „1. über einen Fall von multiplen, reinen Kutismyomen, der Gelegenheit gab, die diagnostische Bedeutung einer bestimmten Anordnung der Geschwülstchen von neuem und schärfer zu betonen, die Übereinstimmung der Richtlinien dieser Anordnung mit den Spaltrichtungen der Haut auf noch besser gesicherte Grundlage zu stellen und endlich ein neues, übrigens nicht konstantes ‚physiologisches' Symptom der Arrektorenmyome, nämlich ihre Reaktion auf die für gewöhnlich Arrektorenkontraktion auslösenden Reize, zu beschreiben; 2. über einen der sehr seltenen Fälle von echt myomatösen Tumoren der Unterhaut, genauer gesagt über einen Fall von Angiomyofibrom, der noch durch folgende Besonderheiten ausgezeichnet war: Strangform und Verästelung des einen der Tumoren;

Digitized by Google

viel diffusere Ausbreitung von weniger weit entwickelten Veränderungen, in deren Gebiete die eigentlichen Geschwülste Orte stärkerer Ausbildung und vielleicht auch einer gewissen spezifischen Gestaltung des krankhaften Prozesses darstellen; die bisher nicht beobachtete Teilnahme von Arrectores pilorum an dem Aufbau subkutaner Muskelgeschwülste; endlich auch das klinisch interessante Empordringen des Lymphangioms der Unterhaut durch die Operationsnarbe bis an die Epidermis."

5. Klinische Beobachtungen über die Prognose der kongenitalen Syphilis, von KARL MARCUS-Stockholm. Aus dem Krankenhaus St. Göran zu Stockholm und dem Material des Säuglingsheims „Lilla Hemmet" berichtet Verfasser über die Erfahrungen, die mit der fortlaufenden Beobachtung der daselbst behandelten kongenital syphilitischen Kinder gemacht wurde. An die Spitze seiner Erfahrungen stellt er den Satz, daß er als Form der angeborenen Lues nur die materne anerkennt, und er hat sich darum bei der Einteilung seines Materials nur davon leiten lassen, wie lange die Infektion der Mutter zur Zeit der Konzeption zurücklag und welche Behandlung in utero und nachher dem Kinde zuteil geworden ist. Nach seinen Erfahrungen hat weder das Alter der mütterlichen Syphilis noch die Symptome derselben zur Zeit der Entbindung irgend einen nachweisbaren Einfluß auf den Zustand des neugeborenen Kindes. Dagegen ist eine während der Schwangerschaft durchgeführte spezifische Behandlung von außerordentlich günstigem Einfluß auf den Zustand bei der Geburt gewesen. Um indes Rezidive zu verhindern und auch die Seroreaktion eventuell dauernd negativ zu halten, ist bei den Kindern die Behandlung durch Jahre hindurch fortzusetzen. Die Resultate einer solchen fortgesetzten Behandlung sind außerordentlich gut. Von 26 bisher aus dem genannten Heim entlassenen Kindern, die in den darauffolgenden Jahren (bis zu 13 Jahren) weiter beobachtet wurden, ist nur ein Rezidiv, und bei 69 Kindern während des Aufenthaltes im Asyl nur drei Rezidive nachweisbar gewesen. Die Arbeit ist außerordentlich umfangreich durch ausführliche Tabellen über die einzelnen Fälle.

6. Bemerkungen zur Streitfrage über die Entstehung der Entzündung bei der Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica (MATZENAUER und POLLAND), von LUDWIG TÖRÖK-Budapest. Zu den im ersten Heft des 114. Bandes dieses Archivs erschienenen Arbeiten von FRIEDEBERG, KREIBICH und MATHES macht Verfasser eine Reihe sehr lesenswerter Bemerkungen, die in erster Linie gegen die Anschauungen KREIBICHS sich wenden und im Original nachzulesen sind.

7. Über ein ossifizierendes Chondrom der Haut, von MAX STRAßBERG-Wien. Echte Chondrome und Osteome der Haut sind extrem seltene Befunde; bei genauer Durchsicht der Literatur können nur ganz wenige Fälle als reine Chondrome der Kritik standhalten, da es sich bei den meisten Fällen um Mischtumoren handelt. Der mitgeteilte Fall betraf einen wallnußgroßen Tumor am Fußrücken eines 42 jährigen Mannes. Die Haut war über dem mandelförmigen harten Tumor gespannt und unverschieblich; beim Abtragen des die Geschwulst enthaltenden Hautstückes war keinerlei Verbindung zwischen dem Tumor und der Unterlage zu konstatieren. Histologisch handelte es sich um ein im subkutanen Bindegewebe lokalisiertes, teils aus hyalinem, teils aus Faserknorpel bestehendes Chondrom, das gegen das Zentrum hin fortschreitende Zerfallserscheinungen aufwies. Ätiologisch wird vom Verfasser eine Keimabsprengung vom benachbarten Fußskelett vermutet.

8. Über Erythema exsudativum multiforme vegetans, von KARL HERXHEIMER und KARL SCHMIDT-Frankfurt a. M. Ein 19 jähriges, grazil gebautes, schwäch-

Digitized by Google

liches, blaß aussehendes Mädchen gab an, vor drei Jahren zum erstenmal einen Ausschlag mit Schwellung und Bildung von Eiterbläschen auf der Schleimhaut der Oberlippe gehabt zu haben. Die Erkrankung hat sich dann, jedesmal zur Zeit der Menstruation, noch einige Male wiederholt. Zur Zeit der Beobachtung fand sich Blasenbildung auf der linken Wangenschleimhaut, sowie der Finger und Handrücken, und einzelne Stellen auch im unteren Drittel des linken Unterschenkels. Auffällig war, daß sich innerhalb der Erythem- und Bläschenveränderungen linsen- bis markstückgroße, braunrote Erhebungen von deutlich vegetierendem Charakter zeigten. Diese Produkte dieser lokalen gesteigerten Entzündung bildeten sich allerdings innerhalb weniger Wochen wieder vollständig zurück und hinterließen nur eine geringfügige Pigmentierung. Ähnliche Wucherungsprozesse sind bisher bei Erythema exsudativum multiforme noch nicht beschrieben worden.

9. Bakteriologische, histologische und experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Ekzeme und der Pyodermien, von Harold N. Cole-Cleveland. An der Dermatologischen Universitätsklinik in Bern hat Verfasser eine Reihe Untersuchungen angestellt, deren Resultate etwa die folgenden sind: Bei den Ekzemen sind die Bläschen steril oder enthalten Staphylokokken. Bei den nässenden und impetiginösen Ekzemen sind meist Staphylokokken oder Staphylo- und Streptokokken, selten nur Streptokokken vorhanden. Bei den squamösen Ekzemen sind Streptokokken nicht mehr, Staphylokokken nur sehr spärlich gefunden worden. Bei der Impetigo haben sich nur Streptokokken bei allen Untersuchungen gefunden. Andererseits waren alle artifiziellen Dermatosen fast durchweg kulturell und mikroskopisch steril.

Aus der gemeinschaftlichen mikroskopischen und kulturellen Untersuchung von Ekzemen und diesen nahestehenden Dermatosen hat sich kein Anhalt dafür gewinnen lassen, daß die auf der Oberfläche solcher Läsionen vegetierenden Staphylo- und Streptokokken auf die histologische Struktur einen bestimmten Einfluß im Sinne einer Bildung der verschiedenen Impetigines haben. Die Bedeutung dieser banalen Infektionen für Entwicklung und Verlauf der Ekzeme konnte also — von den schon klinisch typischen pyodermatischen Komplikationen abgesehen — auch histologisch bisher nicht erwiesen werden. Im Zusammenhang mit dem geringen oder auch fehlenden Bakteriengehalt der schuppenden Ekzeme sprechen diese Erfahrungen nicht für eine wesentliche Bedeutung der banalen pyogenen Mikroorganismen für die Ekzeme.

10. Über eine bisher noch nicht beschriebene Dermatose: „Pityriasis circinata", von I. Toyama-Sendai. Die eigenartige, vom Verfasser beschriebene Erkrankung ist ihm seit dem Jahre 1906 bekannt. Seit der Zeit haben sich in dem großen Material seiner Klinik und der von Tokio im ganzen nur 10 Fälle, unter mehr als 20000 Hautkranken, nachweisen lassen. Von anderer Seite (auch japanische Verfasser) sind noch einige Fälle beschrieben worden, so daß im ganzen mit den in der vorliegenden Arbeit beschriebenen Fällen bisher 29 Fälle bekannt sind. Es handelt sich um eine oberflächliche Hauterkrankung, die der Pityriasis versicolor einigermaßen ähnlich sieht, aber so regelmäßige, kreisrunde Primäreffloreszenzen hat, daß sie sofort auffällt. Die durch Konfluenz entstehenden Figuren sind an Größe außerordentlich wechselnd, an Farbe lichtbraun, oberflächlich leicht schilfernd und immer auf dem Stamm in erster Linie lokalisiert; hier besonders an Rücken, Lenden und Bauch, von wo sie sich auf die nächstgelegenen Teile, Schultergegend und Oberarm, Glutäalgegend und Oberschenkel, ausbreiten. Subjektive Symptome fehlen. Der Verlauf ist ein außerordentlich chronischer. Anscheinend findet sich die Affektion besonders häufig bei Phthisikern. Weder in den Epidermisschuppen

Digitized by Google

noch in dem Hautgewebe ließen sich Fadenpilze oder sonstige Parasiten nachweisen. Auch alle Kultur- und Übertragungsversuche fielen negativ aus.

11. **Über die Brauchbarkeit von Rinderherzextrakten mit Cholesterinzusatz bei der Wassermannschen Reaktion,** von Rudolf Bottler-Berlin. An der serologischen Abteilung der Josephschen Poliklinik wurden 1040 Sera mit Cholesterinextrakt untersucht. 139 Sera, die keine Luesanamnese hatten, reagierten negativ, übereinstimmend mit dem Wassermann. 718 Sera waren in gleicher Weise wie der Wassermann positiv. Auch die Intensität der Reaktion war die gleiche. 87 Syphilitikersera waren übereinstimmend negativ. Bei 39 Fällen fanden sich gewisse Abweichungen; bei einer Gruppe von Seren, die nach der gewöhnlichen Reaktion schwach oder nur angedeutet positiv waren, aber bei Cholesterinextrakt eine komplette Hemmung zeigten, schien eine Überlegenheit der Cholesterinextrakte in bezug auf die Intensität vorhanden zu sein. Ebenso waren eine Reihe sicher syphilitische Fälle positiv, die einen negativen Wassermann aufwiesen.

12. **Über Immunisierungsversuche mit Spirochäten-Reinkulturen,** von H. Nakano-Japan. Die Resultate der an der Neisserschen Klinik angestellten Versuche sind die folgenden: 1. Im Serum von Kaninchen, die mit abgetöteten Spirochätenkulturen vorbehandelt sind, lassen sich Spirochätenagglutinine nachweisen. 2. Präzipitine sind nicht auffindbar. 3. Die Beurteilung einer etwaigen spezifischen Komplementbindungsreaktion ist durch die Eigenschaft von Kaninchenseren, mit den verschiedensten unspezifischen Antigenen zu reagieren, sehr schwierig. Doch hat es den Anschein, als ob eine spezifische Komplementbindungsreaktion vorkommen kann. 4. Im Serum vorbehandelter Kaninchen lassen sich im Pfeifferschen Versuch spirochätenauflösende Substanzen in geringer Menge nachweisen. In vitro und in Luesseren von Menschen sind spirochätenlösende Stoffe nicht nachweisbar. 5. Eine aktive Immunisierung durch Vorbehandlung von Kaninchen mit Spirochätenkulturen gibt kein Resultat. Ebensowenig lassen sich Erfolge von einer Spirochäten-Vakzinbehandlung beim Menschen erkennen. 6. Das Serum vorbehandelter Kaninchen hat auf die Kaninchensyphilis weder eine Schutz- noch eine Heilwirkung. 7. Spirochäten haben im lebenden Gewebe eine starke Resistenz selbst gegen energisch auflösende Stoffe. Selbst nach Injektionen von 10%igen Antiforminlösungen in den Primäraffekt, die schon eine Nekrose setzen, sind immer noch lebende Spirochäten nachweisbar.

W. Lehmann-Stettin.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Bd. 13, Heft 1 u. 2, Jan. u. Febr. 1913.

1. **Histologische Untersuchung des Lupus erythematosus disseminatus,** von G. Maki-Tokio. Bericht über die Sektion zweier Fälle, bei denen sich weder in inneren Organen, noch an den Krankheitsherden der Haut irgend welche tuberkulöse oder tuberkuloseverdächtige Veränderungen nachweisen ließen.

2. **Über Thiosinaminvergiftungen,** von T. Ijiri-Fukuoka. Mitteilung eines Falles, der eine 33jährige Frau betraf, mit Ohnmachten, Herzklopfen, beschleunigter Atmung, etwas Temperatursteigerung, Übelkeit, Erbrechen usw., nachdem im ganzen 3,7 g subkutan in drei Injektionen gegeben worden war. Übersicht von 21 Fällen von Thiosinaminvergiftung und fünf Fälle von Thiosinaminexanthem aus der Literatur.

3. **Über die Lokalisation der Lepra- und Tuberkelbazillen und einiger anderer Bakterien in der Plazenta,** von T. Sugai und I. Mononobe-Osaka. Tuberkelbazillen haben sich in der tuberkulösen Plazenta niemals nachweisen lassen, während Leprabazillen regelmäßig, besonders innerhalb der hyalinen Substanz, gefunden wurden.

Digitized by Google

4. Über einen Fall von primärem Kankroid infolge von Ekzema chronicum in der Schamgegend, von T. Miyata-Tokio. Kasuistik: Plattenepitheliom auf dem Boden eines oft wiederholten Skrotalekzemes bei einem 66jährigen Manne.

5. Über den Einfluß von Tetrodotoxin auf die Miktion, besonders über seine Wirkung bei Enuresis nocturna, von S. Inouye-Tokio. Große Dosen von Tetrodotoxin bewirken eine Miktionslähmung. Kleinere Dosen heben den Harndrang, der durch Einspritzung von Silbernitratlösung in die Blase verursacht wird, sofort auf, wie Experimente beim Hunde ergeben haben. Daraufhin hat Verfasser zehn Fälle von Enuresis nocturna mit Tetrodotoxin behandelt und ungemein gute Erfolge gehabt.

W. Lehmann-Stettin.

Annales des maladies vénériennes.

Bd. 8, Nr. 3, März 1913.

1. Beitrag zur Behandlung der Syphilis mittels Hektin, von V. Dudumi-Bukarest. An der dermatologischen Klinik von Bukarest, die unter Leitung von Prof. Petrini-Gaiatz steht, sind eine Reihe von Versuchen mit Hektinbehandlung vorgenommen worden. Jeden Tag wurde 0,2 cg intramuskulär injiziert und im ganzen 15 bis 25 Injektionen gegeben. Verfasser teilt fünf ausgesuchte Fälle ausführlich mit, in denen es sich um schwere tertiäre Ulzerationen und Zerstörungen, besonders im Gesicht, (Abbildungen) handelte. Die Injektionen sind stets sehr gut vertragen worden, haben nie irgend welche Nebenwirkungen ausgelöst und keinerlei unangenehme Nachwirkungen im Gefolge gehabt. Bereits nach fünf Injektionen pflegte Überhäutung und Heilung einzusetzen, die nach höchstens 25 Injektionen eine komplette war, ohne das Quecksilber oder Jod mit der Behandlung kombiniert wurden. Verfasser lobt die Wirkung des Hektins, empfiehlt aber zur Erreichung eines Dauerresultates kombinierte Quecksilber-Jodbehandlung im Anschluß an die Hektinbehandlung.

2. Ein Fall von Poliomyelitis anterior acuta im Verlaufe der Sekundärperiode der Syphilis, von Touchard und Meaux-Saint-Marc. Die ausführlich mitgeteilte Krankengeschichte eines 19jährigen Mädchens, bei der drei Monate nach der Infektion plötzlich alle Erscheinungen einer Poliomyelitis anterior acuta auftraten, wird genau besprochen, um die Beziehungen zu der syphilitischen Erkrankung klar zu legen.

3. Spastische Paraplegie, zwei Monate nach intravenöser Salvarsaninjektion, von Robert A. Bachmann. In dem mitgeteilten Falle handelte es sich um einen 27jährigen Marinesoldaten der amerikanischen Flotte, der etwa $1^1/_4$ Jahr nach der syphilitischen Infektion und nach einer ziemlich ungenügend durchgeführten Quecksilberbehandlung, im August 1911 0,6 Salvarsan intravenös bekam. Die gutvertragene Injektion wurde im Oktober von einer spastischen Paraplegie der unteren Extremitäten (mit gesteigerten Patellarreflexen) gefolgt. Unter fraktionierter Kalomelbehandlung und wiederholter Salvarsaninjektion ist eine bedeutende Besserung des Zustandes eingetreten, die aber bis zum November 1912 noch nicht ganz vollständig war.

W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Beitrag zur Klinik und Histopathologie der gutartigen Hautepitheliome, von W. Friboes. (Mit 27 Abbildungen auf 10 Tafeln. Karger, Berlin 1912.) Die an zwei Fällen vorgenommenen umfänglichen und sehr eingehenden Unter-

Digitized by Google

suchungen von FRIBOES dürften zu einer weiteren Einengung der Endotheliomdiagnose führen (vgl. FICKS Arbeiten). Bei dem einen Fall, einer 72 jährigen Frau, war es zu einer exzessiven Entwicklung multipler Tumoren über die gesamte Hautdecke gekommen. Von dem zweiten, auswärts beobachteten Fall, ein 60 jähriges Fräulein, stand das Geschwulstmaterial — nur die Kopfhaut zeigte die multiplen Tumoren — zur Verfügung. Die literarische Durcharbeitung des Themas gab FRIBOES die Veranlassung, von den viel diskutierten „Hautendotheliomen" anerkannter Verfasser einen Fall von SPIEGLER und den HASLUNDschen Fall nachzuuntersuchen. Besondere Beachtung widmet er dem JULIUSBERGschen Fall des großen solitären Lymphendothelioms der Bauchhaut.

Das Resümee des Verfassers geht dahin, daß die in der Literatur als multiple Endotheliome des Kopfes und des Rumpfes mit wenigen Ausnahmen als sehr langsam sich entwickelnde und meist gutartig verlaufende Epitheliome zu betrachten sind. Sie entstehen aus kleinen, nävusartigen, hautfarbenen Papeln und bedürfen Jahrzehnte zu ihrer Entwicklung zu klinisch gut heraushebbaren Geschwülsten. In dem ersten Fall des Verfassers bestanden nebeneinander drei wohlcharakterisierte Arten von gutartigen Epitheliomen: a) Epithelioma adenoides cysticum, b) der sogenannte spitzentuchartige Oberflächenepithelkrebs von KROMPECHER, c) ein chondromyxomatöser Mischtumor der Parotis. „Während die Tumoren des Typus Epithelioma adenoides cysticum wohl von embryonal angelegten Keimen des Deck-, Haarfollikel- und vielleicht auch des Talgdrüsenepithels abzuleiten sind, scheint es, als ob sich die als multiple Endotheliome des behaarten Kopfes beschriebenen Tumoren vielleicht aus embryonalen Schweißdrüsenkeimen entwickeln." Die Tumoren des zweiten Falles sind ebenfalls gutartige Epitheliome. Der Fall JULIUSBERG ist klinisch von den Fällen MULERT, SPIEGLER usw. abzutrennen. Histologisch ist er auch ein Epitheliom. HASLUNDS Fall muß als ein bösartiges, infiltrierend wachsendes Karzinom aufgefaßt werden. In SPIEGLERS nachuntersuchtem Fall fanden sich mehrfach breite Zusammenhänge der Tumorzellfelder mit dem Deckepithel. Die unter a) und b) beschriebenen Tumoren von FRIBOES' erstem Fall sind zu den Nävi bzw. zu den aus ihnen entstehenden Tumoren zu rechnen.

„In den Zystenkugeln des Typus Epithelioma adenoides cysticum finden sich neben Horn und Hyalin reichlich cholestearinfettartige Massen. Beim Zerfall dieser Zystenkugeln finden sich im Umkreise massenhaft xanthomatöse Zellen." Als gemeinsamer Gruppenname ist wohl die von E. HOFFMANN vorgeschlagene Bezeichnung „adenoide Nävoepitheliome" am zweckmäßigsten.

Infolge eines Versehens dürfte in dem Literaturverzeichnis neben DARIERS einschlägigem Referat auf dem Berliner Internationalen Dermatologenkongreß das ebenso klare und erschöpfende Referat von RONA nicht aufgeführt sein. Der hervorragende Pathologe nahm ganz sichere Stellung gerade zu den von FRIBOES aufgeworfenen Fragen. Die gutartigen Epitheliome der Kopfhaut zählte auch er zu den Nävi, wie er überhaupt den Nävusbegriff tunlich zu erweitern bestrebt war. RONA war nahe daran, das Epithelioma adenoides cysticum den Nävi definitiv einzuverleiben, um so näher, als er den von DORST und DELBANCO veröffentlichten Fall, soweit die multiplen Tumoren den Typus PRINGLE zeigten, bedingungslos zu den Nävi zählte. Bei dieser Gelegenheit darf Referent auf die, weil in holländischer Sprache erschienene, nie zitierte Dissertation von DORST hinweisen, welche die genaue Histologie des Falles brachte. Die Zysten waren hier in der Hauptsache auf die Verflüssigung der von dem ein- und umwachsenden Epithel abgeschnürten, in ihrem Lymphabfluß gesperrten und erdrückten Bindegewebspartien zurückzuführen. Die

Digitized by Google

Vergrößerung der Zysten erfolgte auf Kosten der angrenzenden und der Auflösung verfallenden Epithelien.

Anläßlich der kleinen Abschweifung darf aber mit Nachdruck darauf verwiesen werden, daß FRIBOES der Pathologie des Zwischengewebes in seinen Fällen eine besondere Aufmerksamkeit zugewandt hat. Delbanco.

Praktische Kosmetik für Ärzte und gebildete Laien, von P. J. EICHHOFF-Elberfeld. Dritte Auflage. (Leipzig und Wien, 1913. Franz Deuticke.) Zu der nicht ganz geringen Anzahl der der Kosmetik gewidmeten Werke der letzten Jahre tritt die dritte Auflage von EICHHOFFS Kosmetik. Ob ihre Bestimmung „für Ärzte und gebildete Laien" dem Werke zum Vorteil gereicht, möchte mir zweifelhaft erscheinen, da die Gefahr nahe liegt, daß den Ärzten zu wenig, den Laien dagegen zu viel geboten wird. Es wäre wohl vorzuziehen, jeden der beiden Interessentenkreise auf ein seinem Verständnis entsprechendes Buch zu verweisen.

Der allgemeine Teil handelt von der Hygiene in der Kosmetik, ein Abschnitt, der besonders in Laienkreisen Berücksichtigung verdient, sodann von der Pharmakologie in der Kosmetik und schließlich von dem Licht in der Kosmetik, dem nur ein ganz kurzer Abschnitt, der jedenfalls für Ärzte viel zu kurz ist, gewidmet wird. Im speziellen Teil werden die kosmetischen Erkrankungen der Haut, der Haare, der Nägel, des Mundes und der Mundhöhle, der Nase, der Augen und der Ohren besprochen. Bedauerlich ist es, daß hierbei die modernen physikalischen Heilmethoden, die doch vielfach recht gutes leisten, nicht oder doch nur ganz nebensächlich erwähnt werden. Ein etwas näheres Eingehen hierauf wäre sicher dem ärztlichen Leser willkommen gewesen. Fendt-Wiesbaden.

Diagnose und Therapie der syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems, von M. NONNE-Hamburg-Eppendorf. Verlagsbuchhandlung Carl Marhold; Halle a. S., 1913. 47 S. Preis M. 1.50. (Sammlung zwangloser Abhandlungen usw., herausgegeben von J. JADASSOHN-Bern, Bd. 2, Heft 2.) Die Hauptaufgabe des vorliegenden Heftes ist, zu zeigen, wie die oft schwierige Differentialdiagnose zwischen syphilitischen und nichtsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems durch moderne Untersuchungsmethoden erleichtert wird. Es gehören hierher die Untersuchung auf Lymphozytose, auf Vermehrung der Globuline in der Zerebrospinalflüssigkeit — NONNES Phase-I-Reaktion — sowie die Untersuchung auf die WASSERMANN-Reaktion im Blut und in der Spinalflüssigkeit. Der ausführlichen Besprechung dieser sogenannten vier Reaktionen, zu deren Ausbau NONNE und seine Schüler bekanntlich reichlich beigetragen haben, folgt eine Übersicht in Tabellenform, die den Überblick über die besonders für den Anfänger etwas komplizierten Verhältnisse erleichtert. Die Therapie — Quecksilber, Jod und Salvarsan — findet eine eingehende Erörterung, die an manchen Stellen, z. B. bei der Beschreibung der Technik der Salvarsaninfusionen, wohl kürzer gefaßt sein könnte.

Die Anschauungen des Verfassers über die Anwendung der genannten Heilmittel entsprechen den heute im allgemeinen üblichen.

Der Hauptwert des Heftes beruht in der Erörterung der „vier Reaktionen", die bei kritischer Verwertung häufig eine bemerkenswerte diagnostische Hilfe bieten.

Fendt-Wiesbaden.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Bakteriologie.

Aus syphilitischen Produkten kultivierte Spirochäten, von C. Levaditi und V. Danulesco. (Compt. rend. d. séanc. d. l. Soc. d. Biol., Bd. 73, S. 256.) Es ist den Verfassern noch nicht gelungen mit der Methode von Noguchi oder Schereschewsky die Spirochaeta pallida zu kultivieren, wohl aber konnten sie eine ähnliche, immerhin aber von der Pallida differenzierbare Spirochäte züchten. Die Injektion einer Mischkultur in den Kaninchenhoden ergab nach 20 Tagen einen Abszeß, in dem Spirochäten gefunden wurden, die ebenfalls von der Pallida verschieden waren. Auch entsprach die Veränderung nicht dem typischen Hodensyphilom des Kaninchens.

Die Verfasser hatten ferner Gelegenheit eine von Noguchi übersandte Kultur zu prüfen. Die in ihr enthaltenen Spirochäten unterschieden sich sowohl färberisch, wie auch im Ultramikroskope deutlich von der Spirochaeta pallida. Die Inokulation auf Affen, Kaninchen, Meerschweinchen und Mäuse blieb erfolglos. Auch konnten Kaninchen durch Injektion von Kulturspirochäten nicht gegen die Infektion mit Kaninchensyphilis (Material von Truffi) immunisiert werden. Die Verfasser ziehen daher den bemerkenswerten Schluß, daß die von Noguchi gezüchteten Spirochäten keine Spirochaetae pallidae sind. Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Stellung der Spirochäten im System, von Hoffmann-Wilhelmshaven. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 66, H. 7.) H. hatte Gelegenheit, zahlreiche Untersuchungen über Reinzüchtung der Spirochaeta pallida zu machen und nahm dieselbe wahr, um die Arbeit von Gross über die systematische Stellung, Bau und Fortpflanzung der Spirochäten nachzuprüfen. Im allgemeinen fand er dessen Angaben bestätigt und muß demnach der Ansicht zuneigen, daß die Spirochäten zum Pflanzenreich gehören. Die für die Spironemen eigentümliche Gliederung des Körpers veranlaßte Gross, da eine ähnliche Gliederung auch bei der Pallida zu beobachten ist, dieselbe, sowie die Rekurrensspirochäte nebst einigen anderen ähnlichen Gebilden als Spironemazeen, die von den echten Spirochäten scharf unterschieden sind, zu bezeichnen. Immerhin verhehlt sich Hoffmann nicht, daß damit die Frage noch nicht völlig gelöst sei und der Auffassung der Spirochäten als echter Protozoen noch der absolut mangelnde Befund eines Kernes oder Blepharoblasts entgegensteht. H. hofft, daß, wenn der betretene Weg der Forschung weiter verfolgt wird, es zu baldigster Klärung dieser so wichtigen Frage kommen wird. Stern-München.

Ein einfacher Kunstgriff zur besseren Untersuchung der Spirochaeta pallida mit dem Ultramikroskop, von F. Denapoli-Bologna. (Gazz. osped. e Clin., 1911. Nr. 73.) Um eine rasche Verdunstung der Flüssigkeit zu vermeiden, in welcher die Spirochäte in fortwährender Bewegung beobachtet werden soll, soll man ringsum das Deckgläschen, nachdem dieses auf das zu untersuchende, auf den Objektträger ausgebreitete Material gelegt wurde, einige Tropfen von physiologischer Kochsalzlösung oder von destilliertem Wasser oder von einer Aufschwemmung des zu untersuchenden Materials in einer der beiden genannten Flüssigkeiten fallen lassen, und zwar dicht an die Ränder des Deckgläschens, so daß die betreffende Flüssigkeit durch Kapillarität zwischen Deckgläschen und Objektträger eindringt.

Will man die Spirochäte lange Zeit lebend, mit ihrer charakteristischen Dünnheit und Form erhalten, so soll man das zu untersuchende Material mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnen; legt man hingegen mehr Gewicht auf die Erzielung deutlicher

Digitized by Google

und klarer Präparate, so soll die Verdünnung mit destilliertem Wasser geschehen. In diesem leben die Spirochäten weiter, erfahren aber eine Art Aufquellung und Entstaltung; da jedoch das Wasser hämolytisch wirkt, werden auf diesem Wege eventuell vorhandene und die Beobachtung störende Blutzellen beseitigt.

Will man in dem mikroskopischen Felde einen osmotischen Strom erzeugen, so braucht man nur einige Tropfen der genannten Flüssigkeiten dicht an einen der Ränder des Deckgläschens zu bringen. Dieser Kunstgriff kann dazu dienen, in vitro die Wirkung der verschiedenen spirillentötenden Mittel zu prüfen. K. Rühl- Turin.

Experimente über die Wirkungsweise von Quecksilberpräparaten auf Spirochätenerkrankungen, von Kolle, Bürgi, Abelin. (Schweizer Corresp.-Bl., 1912, Nr. 21.) a) Referat über den bakteriologischen Teil s. Bd. 56, S. 70. b) Chemischer Teil. Aus den toxikologischen Untersuchungen Abelins über Hg-Präparate geht hervor: Die anorganischen Präparate sind im allgemeinen ihrem Hg-Gehalt parallel giftig. Unter den organischen sind die Präparate, bei denen das Hg an ein N-Atom gebunden ist im allgemeinen giftiger als die, bei denen das Hg an einem C-Atom sitzt. Das Scheitlinsche Präparat erwies sich in den an Hühnern vorgenommenen Versuchen als sehr wirksam und ungiftig. O. Valentiner-Leipzig.

Das Problem des Kala-Azar, von W. S. Patton-Madras. (Brit. med. Journ., 2. Novbr. 1912.) Verfasser berichtet über seine weiteren Nachforschungen betreffs der Lebensbedingungen der Parasiten des Kala-Azar und konstatiert als das wichtigste Moment seine Beobachtung, daß dieselben als den ihnen eigentümlichen Zwischenwirt die Wanze, Cimex rotundatus bewohnen. Ferner hat P. gefunden, daß die Parasiten, Herpetomanas, in ihrer Entwicklung im Cimex gestört werden, und daß die normale Entwicklung von Fortsätzen ausbleibt, wenn der Wirt Gelegenheit hat, Blut von einem infizierten Menschen oder Tier aufzunehmen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Einige experimentelle Tatsachen in bezug auf (indische) Kala-Azar, von R. Row-Bombay. (Brit. med. Journ., 2. Novbr. 1912.) R. hat bei kutaner und subkutaner Injektion des Virus und einer Kultur desselben ganz charakterische Symptome beim Affen (Macacus sinicus) erzielt. Die Inkubationsperiode wird für das ursprüngliche Virus zu neun Wochen angegeben und zu etwa fünf Monaten für die Kulturen. In den künstlich erzeugten Läsionen fanden sich die Parasiten in ziemlich reichlicher Anzahl wieder vor. Philippi-Bad Salzschlirf.

Demonstration von Präparaten, welche Bezug haben auf die Übertragung von künstlichen Kulturen von Leishmania infantum auf Mäuse und Ratten, von H. Bayon-London. (Brit. med. Journ., 2. Novbr. 1912.) Verfasser hat auf Kaninchenblutagar ein reichliches Wachsen von Subkulturen von Leishmania erzielt, wobei nach 15 bis 20 Tagen sowohl rundliche, wimperlose Formen als auch vakuolenhaltige, sich schlecht färbende, bewimperte Gestalten hervortraten. Er schildert den Verlauf seiner Untersuchungen, welche zu der erfolgreichen Übertragung auf Mäusen führten, und bespricht die von anderen Verfassern berichteten Erfahrungen auf diesem Gebiete. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einige Flagellaten bei Insekten und das Problem der Übertragung der Leishmaniosis, von H. B. Fantham-Liverpool. (Brit. med. Journ., 2. Novbr. 1912.) Verfasser hat bei Hundeflöhen (Ctenacephalus canis) gelegentlich Herpetomonaden gefunden, ohne daß der die Flöhe liefernde Hund irgend welche Krankheitssymptome aufwies. Ebenso hat er analoge Parasiten im Verdauungskanal von Läusen (Pediculus vestimenti) gefunden. Im übrigen bringt die Abhandlung eine längere Liste von Beobachtungen ähnlicher Art von anderen Verfassern. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Hygiene.

Die ärztliche Überwachung der Prostituierten in Paris 1911, von L. Batte. (Bull. Soc. franc d. prophylaxie et mor., 1913, Nr. 1.) Die Statistik zeigt eine bedeutende Abnahme der Geschlechtskrankheiten unter den Kontrollmädchen. Das ist aber nur scheinbar. Denn die Mädchen unter 18 Jahren dürfen nicht mehr unter Kontrolle kommen, und gerade sie sind es, die die venerischen Krankheiten am meisten verbreiten. Mit der Abnahme der Geschlechtskrankheiten unter den Prostituierten wird eine Steigerung unter der Bevölkerung einhergehen. Richard Frühwald-Leipzig.

Weitere Berichte über die sanitäre Kontrolle der Prostitution in einigen europäischen Städten, von Frederik Bierhoff-New York. (New York med. Journ., 5. Okt. 1912.) In Fortsetzung früherer Berichte bespricht hier Verfasser die Sanitätskontrolle der Prostituierten und bringt genaue Wiedergabe der einschlägigen Polizeireglements in Kopenhagen und schließlich in New York. B. sieht nur in der Errichtung geeigneter Hospitäler und bei Mangel von Spezialkliniken in dem Zwang für alle Krankenhäuser, Geschlechtskranke aufzunehmen und für alle eingeschriebenen Prostituierten, bei Geschlechtsaffektionen unverzüglich solche aufzusuchen, geeignete Wege, die Zahl der Geschlechtskrankheiten zu vermindern. Stern-München.

Geschlechtskrankheiten, ein sanitäres und soziales Problem, von Frederik Bierhoff-New York. (New York med. Journ., 16. Nov. 1912.) Der bekannte „Geschlechtshygieniker" wird nicht müde, dieses Thema wiederum von allen Seiten zu beleuchten, und möchte das in Norwegen, Dänemark, Finnland, Schweiz und anderen Ländern angenommene System der bloßen sanitären Überwachung der Prostituierten ohne Einschreibung, Kasernierung und Absonderung empfehlen. Nur bei Renitenz der erkrankten Prostituierten sollte Zwang bezüglich Einschaffung in ein Krankenhaus ausgeübt werden. Der Kampf muß aber auch in erzieherischen Fragen der sexuellen Hygiene, die Versuche, durch Besserung der sozialen Zustände die Prostitution zu verhüten oder zu verringern und die Gefallenen aufzurichten, müssen jedenfalls weiter geführt werden. Immerhin darf bei all diesen erzieherischen und hygienischen Bestrebungen nicht vergessen werden, daß Prostitution und Geschlechtskrankheiten nie aufhören werden, solange es schwache Männer und Weiber geben wird und daß es nur möglich sein wird, dieselben durch geeignete Mittel einzuschränken.

Stern-München.

Die Geschlechtskrankheiten und ihre Verhütung im k. k. Heere, in der k. k. Landwehr und in der k. k. Kriegsmarine mit vergleichender Berücksichtigung fremder Staaten, von J. Urbach. (Militärärzt. Publikationen, Nr. 142.) Der erste Teil behandelt tabellarisch die Statistik der Geschlechtskrankheiten der österreich-ungarischen Armee zunächst nach ihrer Frequenz in Heer, Landwehr und Marine. Vergleichsweise werden die entsprechenden Werte in fremden Heeren bzw. Marinen angeführt. Wenn auch eine geringe Abnahme der Geschlechtskrankheiten in Österreich-Ungarn und in fremden Staaten zu konstatieren ist, so ist bisher doch noch keine entschiedene Wendung zum Besseren eingetreten. Die nächsten Abschnitte behandeln die einzelnen Formen der Geschlechtskrankheiten in den verschiedenen Korps, Waffengattungen und Garnisonen, nach Volksstämmen, in den Miltärerziehungs- und -Bildungsanstalten, ihre zeitlichen Verhältnisse nach Zugängen, Rückfällen, Dienstalter und Behandlungsdauer (wobei hervorgehoben ist, daß die im Jahre 1912 begonnene Ehrlichsche Salvarsanbehandlung eine wesentliche Abkürzung der Heilungsdauer bewirkte), sowie ihre Ausgänge. Im Kriege stellen die Geschlechtskrankheiten nicht mehr jene große

Digitized by Google

Seuchengefahr für die Heere dar wie früher; es ist jedoch ein bedeutendes Anschwellen der Erkrankungen auf mehrere Jahre hinaus in den Ländern und bei den Truppen des Kriegsschauplatzes aufgetreten.

Der zweite Teil ist der Verhütung der Geschlechtskrankheiten gewidmet.

Außer der unumgänglichen Seifenreinigung beherrschen in der Bekämpfung des Trippers die Silber-, in der Verhütung des Syphilis die Hg-Salze das Feld, während der Schanker wahrscheinlich allein durch Seifenwaschungen verhütet wird. Unter den Vorbeugungsmitteln gegen Syphilis ist außer Sublimatwaschungen noch 40% Chininsalbe und 33⅓% Kalomellanolinvaseline im Gebrauch. In jüngster Zeit wurde letztere Salbe durch die von Sieber und Neisser empfohlene Salbe aus Sublimat 0,3, NaCl 1,0, Tragant 2,0, Amylum 4,0, Gelatine 0,7, Alkohol 25,0, Glyzerin 17,0 und Aqu. dest. 50,0 ersetzt.

Es folgen die im Jahre 1907 im Heere und bei der Landwehr angeordneten Maßnahmen zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten. Ein eklatanter Erfolg ist unter dem Einfluß der eingeführten Vorbeugungsmaßnahmen bisher noch nicht zu verzeichnen. In Deutschland ist mit zielbewußten Maßregeln schon seit 1894 erfolgreich der Kampf gegen die Venerie begonnen. Besonders gute Erfolge wurden von der deutschen Kriegsmarine berichtet.

Das letzte Kapitel befaßt sich mit der Bedeutung der Behandlung für die Verhütung. Verfasser schließt mit der Mahnung, in der Verhütung der venerischen Krankheiten nicht zu erlahmen, da die Geschlechtskrankheiten fast in allen Staaten noch lange nicht in dem Maße abgenommen haben, als es die Vorbeugetätigkeit der Ärzte erhoffen läßt. O. Valentiner-Leipzig.

Diät und Hygiene bei Hautkrankheiten, von L. Duncan Bulkley-New York. (Journ. amer. med. assoc., 17. Aug., 1912.) Bei aller Würdigung der äußeren Ursachen der Hauterkrankungen (lokale Reize, Parasiten, Mikrobien usw.) sucht Verfasser doch nach den tieferliegenden Ursachen und findet diese in den Stoffwechselstörungen des Gesamtorganismus. Diät und Hygiene spielen daher bei vielen Erkrankungen der Haut eine große Rolle. Besondere Aufmerksamkeit ist dem Stickstoffwechsel zuzuwenden. Die Zufuhr von Stickstoff ist einzuschränken, was am besten durch die „Reisdiät" geschieht, die Verfasser bei vielen Fällen akut entzündlicher Hauterkrankungen seit mehr als sechs Jahren mit auffallendem Erfolg angewendet hat. Diese mindestens für fünf Tage einzuhaltende Diät besteht aus in Wasser gekochtem Reis, reichlich Butter, Brot und Wasser. Die hierdurch zugeführten Kalorien genügen zur Erhaltung des Körpergewichtes. — Bei Psoriasis leistet eine streng durchgeführte vegetarische Diät sehr gute Dienste; Butter in größerer Menge ist hierbei erlaubt, dagegen sind Eier und Milch ausgeschlossen. Zerealien und Vegetabilien bilden die Grundlage der Diät. Nicht erlaubt sind Süßigkeiten und Alkohol. Häufig sind auch im Übermaß zugeführte saure Früchte, getrocknete Erbsen, Bohnen und Linsen nicht zuträglich. — Für Hautkranke ist auch die Einhaltung gewisser hygienischer Maßnahmen zu empfehlen: geregelte Lebensführung, Regelung der Zeit der Mahlzeiten, der Ruhe und des Schlafes.

Fendt-Wiesbaden.

Syphilis, venerische Krankheiten und Prostitution. Sozialhygienische Studie. Neue Dokumente, betreffend die Gesetzgebung der Prostitution und der Geschlechtskrankheiten in Berlin, Köln, New York, Brüssel, Kopenhagen, Stockholm, Christiania, Toulouse, von Charles Chéry. (Thèse de Toulouse, 1912, Nr. 28.) Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Einwirkung der Kälte auf die Hautzirkulation, von HALLION. (Bull. méd., 1912, Nr. 88.) Mit Hilfe der Registrierung des Kapillarpulses konnte der Verfasser nachweisen, daß bei direkter Kältewirkung trotz der Hautröte die Zirkulation in der Haut geringer wird. Nur in der subepidermalen Schicht stagniert das Blut.

Richard Frühwald-Leipzig.

Mineralstoffwechsel eines mit Hafer ernährten Kaninchens bei Zufuhr von oxalsaurem Natrium, von FR. LUITHLEN. (Arch. f. exper. Pathol. usw., Bd. 69.) Bei Vergiftung mit oxalsaurem Natrium tritt beim Kaninchen ein Verlust an Basen, eine Demineralisation ein. Die Vermehrung der Ausscheidung betrifft in erster Linie das K. in zweiter Linie das Ca, während Mg kaum beteiligt erscheint. Dagegen wird Na im Körper zurückgehalten. Es zeigt sich, daß es sich bei subkutaner Injektion von oxalsaurem Natrium nicht nur um Verlust von Ca, sondern hauptsächlich um eine weitgehende Verschiebung des Basengleichgewichts handelt; besonders der auffallende Verlust von K kann durch die vermehrte Zufuhr von Na mit bedingt sein; für die Auffassung würden die Befunde von BIERNATZKY, MEYER und COHN sprechen, die bei vermehrter Na-Zufuhr Steigerung der K-Ausscheidung beobachteten. — Die Beobachtungen stehen mit den chemischen Befunden der Haut in befriedigender Übereinstimmung und erklären auch die schon früher mitgeteilten Veränderungen der Empfindlichkeit der Haut gegen äußere Entzündungsreize bei Vergiftung mit oxalsaurem Natrium.

Haas-Hamburg.

Veränderungen des Chemismus der Haut bei verschiedener Ernährung und Vergiftungen, von FR. LUITHLEN. (Arch. f. exper. Pathol. usw., Bd. 69.) Die Haut zeigt sowohl bei verschiedener Ernährung als bei chronischer Säurevergiftung und Zufuhr von oxalsaurem Natrium eine Änderung ihrer chemischen Zusammensetzung, ihres Gehaltes an Kationen, eine Verschiebung des gegenseitigen Verhältnisses der einzelnen Kationen zueinander. Die Störung des Basenäquivalentgleichgewichts ist nicht nur für die Lebensfähigkeit des Organismus von großer Wichtigkeit, sondern führt auch zu geänderter Reaktionstätigkeit der Haut gegen Entzündungsreize, wodurch die erhöhte Empfindlichkeit dieser bei verschiedenen Stoffwechselerkrankungen, Säurevergiftung, Intoxikationen erklärlich wird, wir für die Ätiologie mancher Hautaffektionen und die Disposition zu Hautkrankheiten neues Verständnis und größere Einsicht gewinnen.

Haas-Hamburg.

Über Ausschläge, welche im Puerperium vorkommen, von J. BYERS-Belfast. (Brit. med. Journ., 26. Okt. 1912.) Verfasser bespricht unter Anführung von Beispielen die nach dem Gebrauch von Jodoform und Lysol gelegentlich entstehenden Erytheme, ferner Urtikaria, Sudamina und Erysipel. Ferner schildert er den durch Sepsis bedingten scharlachartigen Ausschlag, von dem er zwei Formen, die mildere und die virulente, unterscheidet. Hauptsächlich aber wendet er sich der Frage zu, ob Wöchnerinnen besonders geneigt sind zur Infektion mit Scharlach. Auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und verschiedenen Statistiken kommt er zu dem Ergebnis, daß dies entgegen den Lehren mancher, namentlich älterer Handbücher durchaus nicht der Fall ist.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Oosporosen oder Nokardosen der Haut. Synonyma: Nokardosen, Oosporosen, Diskomykosen, Mikromykosen, Mikrosiphonosen, Aktinomykosen, Spreptothrikosen, von H. GOUGEROT. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 10 u. 13.) Die Hautnokardosen umfassen eine große Anzahl von Mykosen mit mehr oder weniger gut determinierten Parasiten und äußerst wechselndem klinischem Bilde. Aber alle Parasiten dieser Gruppe

Digitized by Google

haben gemeinsame Charaktere, welche meistens ihre Identifizierung leicht gestatten. In der Kultur sind sie fadenförmig und sporuliert. Das Myzel ist kleiner oder gleich 1 μ, verzweigt, mit Septen versehen. Die Konidienträger sind kurz und in einer Sporenkette. Die Sporen sind durch sukzessive Einschnürung des Endes des konidientragenden Filamentes, nicht durch frühzeitige Septenbildung wie beim Oidium gebildet. Im Gewebe bleiben diese Parasiten zwar fadenförmig, können aber das verschiedenartigste Aussehen annehmen. Sie können entweder lange Filamente mit dichotomischer Teilung oder kurze, ebenfalls ramifizierte bazilliforme Stücke bilden. Andere wachsen als Körner in Haufenform, und wieder andere lassen ihre Enden keulenförmig anschwellen. In vivo sporulieren diese Parasiten nicht.

Der Verfasser teilt die ganze Gruppe folgendermaßen ein:

1. Aktinomykosen. a) Aktinomykosen (oder Nokardosen mit keulenförmigen Körnern): α) Aktinomykose im eigentlichen Sinne oder Aktinomykose von Harz, hervorgerufen durch Nocardia bovis, β) Aktinomykose oder Nokardose von Wolf-Israel, hervorgerufen durch N. Israeli und seine Varietäten (N. Thibiergi). Diese Form ist klinisch mit der vorhergehenden identisch und unterscheidet sich nur in der Kultur; b) Nokardosen mit weißen oder gelben nicht keulenförmigen Körnern (Pseudoaktinomykoses).

Hierher gehören die Nokardosen von Mosetig-Moorhof, Hesse, Garten, Dolpke. Klinisch unterscheiden sie sich ebenfalls nicht von der wahren Aktinomykose. Die Parasiten sind aber verschieden.

2. Myzetome (= Madurafuß durch Nokardia hervorgerufen). Es sind knötchenförmige, fistulöse Mykosen, welche am distalen Ende der Extremitäten lokalisiert sind, meistens am Fuß, selten am Knie oder der Hand. Alle Madurafußarten gehören nicht hierher, da manche Formen durch ganz andere Pilzarten hervorgerufen werden.

3. Die Nokardosen Eppingers. Die Läsionen, welche dieser Pilz macht, sind mannigfacher Art und sehr schwer. Mit Vorliebe setzt er sich in den Zentralnervenorganen fest. Es sind gewöhnlich septikämische Prozesse. An der Haut sind die Läsionen seltener.

4. Nokardose von Carougeau. Es ist dies eine Tropenkrankheit, welche durch harte fibröse subkutane Knötchen charakterisiert ist, welche immer in der Umgebung der größeren Gelenke auftreten.

5. Isolierte Fälle. Das Erysipeloid von Rosenbach, der aus dieser Affektion eine Nokardia züchtete. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Verteilung der pathogenen Keime in der Haut mit Bezug auf die Hautdesinfektion, von Y. Noguchi-Fokuoka. (Arch. f. klin. Chir, Bd. 99, Nr. 4.) Die nach der Reinigung der Haut durch Fuchsinsandmethode zurückbleibenden Keime, d. h. die in der Tiefe der Haut sitzenden Keime sind fast sämtlich saprophytisch. Pathogene Keime kommen nur an der Oberfläche der Haut vor. Diese Tatsache wurde bestätigt durch Abimpfen von Keimen von der Schnittfläche der mechanisch gereinigten normalen Haut nach der Pinselmethode; hierbei wurde der sterile Pinsel mit steriler Kochsalzlösung befruchtet und die Wundfläche mit ihm mehrmals bestrichen, um die Bakterien an der Schnittfläche zu entnehmen.

Für die Chirurgie bedeutet dieses Untersuchungsresultat, daß es völlig genügt, wenn man die Keime der äußeren Hautschicht unschädlich macht. Die Grenze der äußeren Pathogenschicht und der tieferen Saprophytenschicht ist aber nicht immer die gleiche. Die Einwirkung der Grossichschen Desinfektionsmethode wird vermutlich die Grenze beider Schichten erreichen. Schourp-Danzig.

Der Schweißdrüsenapparat bei der tödlich verlaufenden Cholerainfektion, von S. Rebaudi-Genua. (Pathologica, 1912, Nr. 77.) Bei infolge einer nicht blitzartig

Digitized by Google

verlaufenen Cholerainfektion gestorbenen Individuen findet man in dem Schweißdrüsenapparat stets akute parenchymale degenerative Läsionen verschiedenen Grades, d. h. von einer trüben und vakuolären Entartung bis zu einer körnig-fettigen Degeneration, zu Kernalterationen und zur Nekrobiose und dem Abfallen des sezernierenden Drüsenepithels.

Diese Läsionen sind höchstwahrscheinlich durch die toxischen Stoffe bedingt, welche vom Choleraerreger erzeugt und durch den Drüsenapparat ausgeschieden werden; ihre Charaktere ähneln sehr denjenigen, die man in den Nieren beobachtet, und bieten wie bei denen, die man in den Nieren antrifft, nichts Spezifisches dar.

K. Rühl-Turin.

Bemerkungen über die Bedeutung der Hyphomyzeten und anderer Pilze für die Pathologie der Tropen, von A. Castellani-Colombo. (Brit. med. Journ., 2. Nov. 1912.) Neben Affektionen des Nervensystems, der Augen, Ohren, der Mundhöhle und Genitalien berücksichtigt Verfasser hauptsächlich die Dermatosen, insofern sie durch tropische Hyphomyzeten verschiedener Art bedingt sind. Die Arbeit enthält zahlreiche bemerkenswerte Details, welche sich im Referate nicht wiedergeben lassen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Ein neuer Apparat für intravenöse Salvarsaninfusionen, von Stanislaw Mondschein. (Przegląd lekarski, 1912, Nr. 31.) Der Verfasser beschreibt einen transportablen Apparat zur Herstellung der verschiedenen Lösungen, welche bei intravenöser Salvarsanapplikation benötigt werden. Patentiert und hergestellt von der Firma F. und M. Lautenschläger-Berlin.

Dr. Henryk Rosmarin-Lemberg.

Verschiedenes.

Die **Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie** wählte zu korrespondierenden Mitgliedern: Henrik Bang-Kopenhagen, Bruno Bloch-Basel, Luisidis-Smyrna, Rodriguez-Montevideo.

Die erste der auf dem letzten Röntgenkongresse vom Vorsitzenden Immelmann-Berlin angeregten **röntgenologischen Studienreisen** wird vom 15.—20. September nach Wien unternommen. Anfragen an den Genannten, Berlin, Lützowstr. 72.

Der erste Kongreß der im Januar d. J. gegründeten **italienischen Gesellschaft für Radiologie** findet im Oktober in Mailand statt; Generalsekretär ist Dr. Felice Perussia, Mailand, Foro Bonaparte 61.

Dr. John A. Fordyce wurde an Stelle des in den Ruhestand getretenen Prof. G. T. Jackson zum Professor der Dermatologie am Columbia University College of Physicians and Surgeons zu New York ernannt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig
Für den Referatenteil: Dr. P. Tannenberg, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

31. Mai 1913 | Nr. 22 | Band 56

Das Lipojodin bei Syphilis.

Von

Dr. Alfred Roth, Budapest.

Seit das Salvarsan in die Therapie eingeführt wurde, bzw. seit ein großer Teil der Syphilidologen für die kombinatorische Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber eintritt, ist der Gebrauch der Jodpräparate bei Syphilis etwas in den Hintergrund gedrängt worden. Gleichwohl ist es unzweifelhaft, daß das Jod in gewissen Fällen von Lues ausgezeichnete Erfolge erzielt.

Freilich sind bei der Jodbehandlung die bekannten Nebenwirkungen lästig, welche man unter dem Sammelnamen Jodismus zusammenzufassen gewöhnt ist. Um diesen Nachteilen bei Jodkuren auszuweichen, hat man in den letzten Jahren zahlreiche organische Jodverbindungen angewendet.

Dieselben teilen sich in zwei Hauptgruppen und zwar:

1. in Jodalbumine, 2. in Jodfettsäurederivate.

Bezüglich der Jodalbumine haben viele Autoren übereinstimmend nachgewiesen, daß dieselben sich einesteils den Jodalkalien vollkommen analog verhalten, andernteils entweder sehr wenig Jod enthalten (im Maximum 20 %) oder aber zum großen Teil mit unorganischem Jod vermengt sind.

Die Jodfettsäurederivate ihrerseits lassen sich in drei Hauptgruppen einteilen:

1. in freie Jodfettsäuren und Ölgemenge (Gemenge von Fettsäuren und Fettsäureestern); 2. in reine Jodfettsäureester; 3. in Jodfettsäureseifen.

Zu den ersteren gehört das Jodostarin sowie das Jodipin; zur mittleren Gruppe das Lipojodin; zur dritten Reihe das Sajodin.

Den organischen Jodverbindungen verleiht vor allem der Umstand die Daseinsberechtigung, daß wir bei ihnen eine stärkere Lipotropie und Neurotropie voraussetzen können als bei den Jodalkalien, mit anderen Worten, daß sie speziell im Fett- und Nervengewebe gespeichert werden. Nach den experimentellen Untersuchungen von Loeb und von den Velden ist aber die Jodspeicherung bei den freien Jodfettsäuren eine zu kurze; bei den Jodfettsäureseifen andererseits eine zu langdauernde, daher schwer kontrollierbare.

Digitized by Google

Das von der Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel hergestellte Lipojodin, der Äthylester der Dijodbrassidinsäure mit einem Jodgehalt von 41,06 %, hält nun die Mitte zwischen diesen beiden Gruppen, den freien Fettsäuren auf der einen, den Seifen auf der anderen Seite.

Das zur Herstellung des Lipojodin notwendige Ausgangsmaterial liefert das Öl des Winterraps. Aus diesem wird die Brassidinsäure in kristallinischem Zustande isoliert und durch Überführung in den Äthylester und Anlagerung von zwei Jodatomen das Lipojodin dargestellt. Seine chemische Formel ist folgende: $C_{19}H_{39}CJ = JCCOOC_2H_5$.

Das Lipojodin zeichnet sich also vor anderen Jodfettpräparaten, die Ölgemische oder unlösliche Seifen sind, dadurch aus, daß es eine kristallinische Verbindung von permanenter Zusammensetzung und leicht feststellbarem Schmelzpunkt (37,0°) bildet, deren chemische Reinheit leicht zu kontrollieren ist.

Ich habe nun Lipojodin bei insgesamt 18 Fällen von Syphilis einer genaueren Prüfung unterzogen, wobei meine Erwartungen im vollsten Maße erfüllt wurden.

Durch Vorversuche an zwei gegen Jod empfindlichen Patienten stellte ich zunächst fest, daß sich bei therapeutischen Dosen von Lipojodin, außer dem Auftreten eines geringen Schnupfens, kein sonstiges Jodsymptom bemerkbar machte.

Von den Krankengeschichten seien nur folgende kurz skizziert:

1. Frau B. A., Infektion im März 1912; im Juli (nach 30 Quecksilbereinreibungen und acht Quecksilbersalizylatinjektionen) starke Zephalalgie; nach einer intramuskulären Salvarsaninjektion (0,30) vorübergehende Besserung; eine Woche darauf viel stärkerer Zephalalgieanfall. Nach zweitägiger Jodkalidarreichung starker Jodismus. Jodkalium wird weggelassen und Lipojodin in größeren Dosen (täglich vier Tabletten à 0,3 g) verordnet. Nach drei Tagen fühlt sich die Kranke besser; das dumpfe schwere Gefühl im Hinterkopf hört nach einer Woche auf. Ende der zweiten Woche geringer Schnupfen, worauf die Lipojodindosis auf täglich drei Tabletten vermindert wird. Danach bleibt auch dieses Jodsymptom weg.

2. J. Cs., 26 Jahre alt (Dezember 1912). Ein Geschwür von der Größe eines Guldens am rechten Unterschenkel, ein kleineres am linken Unterschenkel. Anamnese negativ. Wassermannsche Reaktion stark positiv. Da der Kranke gezwungen war, für 14 Tage aufs Land zu fahren und sich daher nicht sofort einer Quecksilberkur unterziehen konnte, zunächst Lipojodin (täglich vier Tabletten). Nach zwei Wochen ist das kleinere Geschwür vollständig zugeheilt; das größere hat sich gereinigt und zeigt lebhafte Granulationen. Nach Hydrarg. salicyl.-Injektionen heilt (in weiteren zwei Wochen) auch das größere Geschwür. Keinerlei Zeichen von Jodismus.

3. Frau L. K. (Mitte September 1913). Drei oberflächliche Hautgummata (am linken und rechten Unterarm bzw. über der rechten Skapula); heftige Kopfschmerzen; Wassermann stark positiv. Verordnung von Lipojodin: 14 Tage täglich vier Tabletten. Nach zwei Wochen sämtliche Gummata in Rückentwicklung. Darauf abwechselnd einen Tag zwei, den anderen vier Tabletten. Nach sechswöchigem Gebrauch des Lipojodin alle

Digitized by Google

Gummata verheilt. Keine unangenehmen Jodsymptome. Gewichtszunahme während der Kur um 6 kg.

4. Frau H. K., 64 Jahre alt (12. Oktober 1912). Zwei große Gummata in der Gegend des Arcus zygomaticus und in der Schläfengegend. Anamnese negativ. Nie antiluetisch behandelt. Lipojodin täglich abwechselnd vier und zwei Tabletten. Vollständige Heilung der Gummata in fünf Wochen. Kein Jodismus.

Auf Grund meiner klinischen Erfahrungen kann ich behaupten, daß die therapeutische Wirkung des Lipojodin bei der oben angegebenen Dosierung (2—4 Tabletten à 0,3 g täglich) außer Zweifel steht, und daß man bei einem solchen Gebrauche des Lipojodin die unangenehmen Nebenwirkungen der Jodalkalien nicht zu befürchten hat.

Dieses abweichende Verhalten des Lipojodin einerseits, der Jodalkalien andererseits erklärt sich offenbar aus folgendem: Die Jodalkalien werden einesteils äußerst rasch resorbiert, so daß plötzlich ungemein viel Jod in das Blutgefäßsystem gedrängt wird; anderenteils ungemein rasch ausgeschieden, so daß der größte Teil des Jods unausgenützt den Körper verläßt; und zwar werden nach den Untersuchungen von Loeb und v. d. Velden (Therap. Monatshefte, 1911, H. 4) nur 15—20% der Jodalkalien im Organismus verbraucht. Demgegenüber geschieht beim Lipojodin die Resorption nach den Experimenten derselben Autoren stetig und gleichmäßig; und die Ausnutzung ist beinahe eine vollständige, wenn das Präparat nach der Mahlzeit verabfolgt wird. Man kann das Verhalten des Lipojodin mit dem der gewöhnlichen als Nahrung dienenden Fette, z. B. mit Butter, vergleichen: Den Magen passiert es ohne wesentliche Änderung (abgesehen davon, daß es in den flüssigen Zustand übergeht — denn sein Schmelzpunkt liegt bei der Körpertemperatur); im Darme wird es mit den sonstigen Fetten zusammen emulgiert und in der oben angegebenen Weise resorbiert, gelangt dann auf dem Wege der Lymphgefäße in alle diejenigen Gewebe, in denen die Fette aufgebraucht und verbrannt werden, wobei vor allem Gehirn, Rückenmark, Fettgewebe usw. in Betracht kommen. An diese Gewebe wird das Jod des Lipojodin fixiert, während der Fettanteil des Lipojodinmoleküls nach Art der anderen Fette verbrannt wird. Das fixierte Jod wirkt nun eine Zeit speziell auf die erkrankten Gewebe ein und wird sodann als Natriumjodid mit dem Harn ausgeschieden. Eine Folge der bei Lipojodin ganz besonders ausgeprägten Lipotropie und Neurotropie ist es nun, daß man mit sehr kleinen Dosen des Lipojodin einen ebenso intensiven Effekt erzielt, als mit einer weit größeren Dosis eines Jodalkalipräparates. Zum Beispiel beim Krankheitsfalle Nr. 4 erhielt der Kranke alle zwei Tage insgesamt sechs Tabletten, deren Jodgehalt 0,072 g Jod entsprach, pro Tag also 0,036 g Jod. Wenn wir das auf Jodkalium umrechnen, so entspricht das 0,5 g KJ. Nun

Digitized by Google

braucht man es nicht zu betonen, daß wir bei Lues mit $^1/_2$ g Jodkalium pro Tag auf kein Resultat rechnen können.

Da also der Jodgehalt des Lipojodin im Organismus viel energischer ausgenützt wird und es speziell an den krankhaften Stellen zur Wirkung gelangt, so kann man mit einer kleinen Dosis Lipojodin therapeutisch dasselbe erreichen, wie mit einer viel größeren Dosis Jodalkali.

Aus dem Staatlichen Hygienischen Institut zu Hamburg (Direktor: Prof. Dr. Dunbar).
(Abteilung für serobiologische Untersuchungen.)

Studien zur Frage der Verfeinerung der Wassermann-schen Reaktion mit besonderer Berücksichtigung der sog. „paradoxen Sera".

Von

Dr. med. Fr. Graetz.

(Schluß.)

In der vorstehenden Tabelle habe ich 40 Sera zusammengestellt, welche gelegentlich meiner vergleichenden Untersuchungen über den Ausfall der WR. mit ambozeptorhaltigem bezw ambozeptorfreien Serum, bei einer Wiederholung der Reaktion innerhalb kleinerer oder größerer Zeitintervalle mehr oder weniger große Differenzen in den Versuchsergebnissen der verschiedenen Untersuchungstage aufwiesen. Wenn es sich auch bei einem Teil der Fälle lediglich um quantitative Differenzen in der Reaktionsbreite der fraglichen Sera an den verschiedenen Untersuchungstagen handelt, so fehlen doch keineswegs solche Sera, bei denen die Ergebnisse der Reaktion an den verschiedenen Versuchstagen prinzipielle Differenzen zeigten, in dem vielleicht bei der ersten Untersuchung der betreffenden Sera ein negatives, bei einer späteren Wiederholung der Untersuchung ein positives Resultat erzielt wurde oder auch umgekehrt.

Es hieße m. E. den Tatsachen Gewalt antun, wollte man angesichts von Befunden, wie ich sie in der vorstehenden Tabelle niedergelegt habe, das Vorkommen sog. paradoxer Reaktionen bei der Ausführung der Serodiagnostik der Syphilis nach Wassermann in Abrede stellen. Freilich bedarf auch nach Feststellung dieser Tatsache das eigenartige Phänomen der „paradoxen Sera" (Meyrowsky) oder, wie ich es in Übereinstimmung mit dem Vorschlag von Ritz und Sachs schon richtiger bezeichnet hatte, der „paradoxen Reaktionen" selbst zweifellos noch einer befriedigenden Erklärung, und zwar um so mehr, als gerade die zunehmende Kenntnis dieser an sich unbestreitbaren Tatsache, namentlich in den Kreisen der Praktiker, welche naturgemäß den biologischen Problemen etwas ferner stehen, den Glauben an die Zuverlässigkeit und praktische Brauchbarkeit der WR. ganz erheblich erschüttert hat, wie ich bereits weiter oben aus-

Digitized by Google

geführt habe, nicht zum wenigsten dazu beigetragen hat, die ursprüngliche Begeisterung für die WR. durch ein ausgesprochenes Mißtrauen abzulösen.

Wie wir aus der einschlägigen, oben schon kurz zitierten Literatur ersehen konnten, handelt es sich bezüglich des Wesens der beschriebenen Erscheinung ja in der Hauptsache um die Beantwortung der beiden Fragen, ob wir es tatsächlich mit „paradoxen Seris", d. h. also mit dem Effekt einer, eventuell während des kurzen, zwischen zwei Untersuchungen liegenden Zeitraumes vor sich gehenden biologischen Veränderung des Serums zu tun haben, oder ob es sich nicht vielmehr nur um „paradoxe Reaktionen" handelt, welche lediglich als ein Ausfluß der auch heute noch in vieler Hinsicht bestehenden technischen Unvollkommenheit der WR. zu betrachten seien. Auf Grund meiner eigenen experimentellen Studien möchte ich mich durchaus im Sinne der letzteren Auffassung äußern, wie sie ja schon von verschiedenen Verfassern, namentlich von Sonntag und Rasp in ihrer einschlägigen, Arbeit zum Ausdruck gebracht wird. In Übereinstimmung mit den genannten Verfassern, mit deren Ausführungen sich im wesentlichen ja auch die Ansichten von Marg. Stern, Meyrowsky u. a. decken, bin ich auf Grund meiner an mehreren Hunderten von Seris ausgeführten Untersuchungen zu der Überzeugung gelangt, daß wirklich „paradoxe Sera" im Sinne veränderter biologischer Eigenschaften des einzelnen Serums nicht vorkommen. Einen Umschlag der biologischen Reaktion etwa im Sinne einer Entstehung oder eines Verschwindens der für Lues charakteristischen Reaktionskörper außerhalb des menschlichen Organismus können wir nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse so gut wie sicher ausschließen. Ich habe mich selbst bei mehrfacher Wiederholung der Reaktion an den zahlreichen von mir untersuchten Seris mit Eindeutigkeit davon überzeugen können, daß auch nicht in einem einzigen Falle bei dem nach Anamnese und klinischen Befunden eine Luesinfektion auszuschließen und demnach eine positive WR. nicht zu erwarten war, ein Umschlag von negativer zu positiver Reaktion zu verzeichnen war, sofern die Reaktion stets unter entsprechenden technischen Kautelen angestellt wurde und für eine zweckmäßige Konservierung der Sera Sorge getragen war. Auch hinsichtlich des in mehreren Fällen beobachteten Umschlages der Reaktion von positiv zu negativ ergaben mir die einschlägigen Untersuchungen keinerlei Anhaltspunkte für ein Verschwinden etwa vorhandener Reaktionskörper aus dem längere Zeit aufbewahrten Serum. Vielmehr wiesen mich meine einschlägigen Untersuchungen in Übereinstimmung mit den Beobachtungen der schon mehrfach zitierten Verfasser (Rasp und Sonntag, Meyrowsky, Marg. Stern u. a.) auf einen in der Hauptsache wohl in der heute geübten Technik begründeten Ursprung der ganzen Erscheinung hin.

Wenn wir uns darüber Rechenschaft geben wollen, welche Faktoren eigentlich für das Auftreten der „paradoxen Reaktionen" verantwortlich gemacht werden müssen, so vermag uns selbstverständlich nur eine systematische Durchprüfung aller bei der Reaktion in Frage kommenden Faktoren hinsichtlich des erwähnten Phänomens die erwünschte Klarheit zu verschaffen, da selbstverständlich jeder der bei der Reaktion beteiligten Faktoren an dem Auftreten des bewußten Phänomens beteiligt sein kann. Das Fehlen eines echten biologischen Umschlagens in der Reaktion

Digitized by Google

des Serums selbst schließt naturgemäß noch keineswegs eine anderweitige ursächliche Bedeutung des Serums für das Entstehen der „paradoxen Reaktionen" aus. Gerade die Untersuchungen von Rasp und Sonntag haben uns in dieser Richtung die Erkenntnis vermittelt, daß die Art der untersuchten Sera allerdings einen wesentlichen Faktor für die Möglichkeit einer „paradoxen Reaktion" bildet. Bei einer Zusammenstellung ihrer „paradoxen Befunde" und einer daran anschließenden kritischen Prüfung der zu jedem Serum gehörigen anamnestischen und klinischen Angaben vermochten die Verfasser festzustellen, daß es sich stets um Fälle von beginnender oder latenter, meist behandelter Syphilis gehandelt hatte, also um Fälle, welche auf Grund ihres relativ geringen Gehaltes an Reaktionskörpern auf der Grenze der Reaktionsfähigkeit standen. Von ganz wesentlicher Bedeutung war dabei die Feststellung der genannten Verfasser, daß bei Seris, welche von sicheren Nicht-Syphilitikern stammten, ein wechselnder Befund nicht erhoben wurde, eine Beobachtung, die ich an meinem eigenen Material im vollsten Umfang bestätigen konnte. Was weiterhin die Angaben von Rasp und Sonntag über das Fehlen wechselnder Befunde bei komplett positiven Seris anlangt, so kann ich mich auf Grund meiner eigenen Beobachtungen den einschlägigen Ausführungen im Prinzip wohl anschließen, möchte es aber doch nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, daß bei diesen Seris in der Regel zwar prinzipielle Differenzen in den Versuchsergebnissen fehlen, daß aber unter Umständen doch recht beachtenswerte quantitative Unterschiede in der Reaktionsbreite der betreffenden Sera an den verschiedenen Versuchstagen zur Beobachtung gelangen können. Hinsichtlich der Art der paradox reagierenden Sera haben meine eigenen Untersuchungen die Feststellungen von Rasp und Sonntag durchaus zu bestätigen vermocht, indem sich bei einer kritischen Prüfung meiner einschlägigen Fälle hinsichtlich ihrer Anamnese und klinischen Befunde ergab, daß sämtliche paradox reagierenden Sera entweder von Fällen mit beginnender oder latenter, zumeist mehr oder weniger intensiv behandelter Lues stammten und daß — wie ich mich bei meinen einschlägigen Untersuchungen überzeugen konnte — die in Frage kommenden Sera in der Regel einen relativ geringen Gehalt an Reaktionskörpern aufweisen, der sich meist schon entsprechend den jüngst auch von Ritz und Sachs gemachten Angaben bei der ersten Untersuchung in Gestalt einer sog. Späthämolyse dokumentiert. Ich habe gerade im Hinblick auf die Anschauungen der genannten Verfasser, welche ja auch in dieser neuesten Publikation das Vorkommen „paradoxer Reaktionen" absolut in Abrede stellen, meine einschlägigen Untersuchungen einer Durchsicht unterzogen und dabei feststellen können, daß in der Tat jene Sera, welche auf Grund ihres relativ geringen Reaktionskörpergehaltes eine Späthämolyse bedingen, und sich somit nur durch den zeitlichen Ablauf der Reaktion von den wirklich negativ reagierenden Seris unterscheiden, ein gewisses Kontingent der „paradox" reagierenden Sera stellen (vergl. die mit * bezeichneten Fälle in Tabelle V). Ich möchte indessen unter Hinweis auf die einschlägige Tabelle hervorheben, daß eine Späthämolyse keineswegs die conditio sine qua non für das Auftreten „paradoxer Reaktionen" darstellt.

Gerade diese Fälle von Späthämolyse scheinen mir allerdings in

Digitized by Google

gewisser Hinsicht den Schlüssel für die Lösung des Problems der paradoxen Reaktionen abzugeben. Wie ich schon weiter oben in Übereinstimmung mit den Anschauungen von Sachs und Altmann ausgeführt habe, müssen wir das Ergebnis der WR. ja ohne Zweifel als die Resultante aus den Wechselwirkungen von hemmenden und lösenden Faktoren dieser Reaktion betrachten, eine Auffassung, die uns naturgemäß zu dem Schluß drängen muß, daß wir es, wenigstens soweit die heute allgemein geübte Technik in Frage kommt, bei den Ergebnissen der Reaktion niemals mit absoluten, sondern stets nur mit relativen Werten zu tun haben können. Ein jeder, der das Prinzip der Komplementbindung einmal zum Gegenstand eingehenderen Studiums gemacht hat, ist sich wohl bald darüber klar geworden, daß derartige Schwankungen in den Reaktionen bei einer Methode, deren Reagenzien dank ihrer Abstammung aus dem Tierkörper vielfach selbst nicht unerheblichen Schwankungen unterworfen sind, einen durchaus verständlichen Faktor bilden. Die Ursache dafür liegt aber, um die Ausführungen von Ritz und Sachs nochmals zu wiederholen, „nicht in einer Veränderung der Serumbeschaffenheit, sondern in den Grenzen der Technik und Methodik, die eine absolute Identität der Versuchsbedingungen nicht ermöglichen".

Wenn wir selbst von den bestimmten Gewohnheiten, die sich in den verschiedenen Laboratorien bei der Ausführung der WR. im Laufe der Zeit herausgebildet haben, zunächst vollständig absehen wollten, so wissen wir aus den einschlägigen Studien über das hämolytische System nur zu gut, daß wir gerade in ihm einen ausschlaggebenden Faktor für den endgültigen Ausfall der WR. zu suchen haben, und zwar auch dann, wenn die durch geringe Modifikationen in der Technik veränderten Versuchsbedingungen in Wegfall kommen. Was die einzelnen Faktoren des hämolytischen Systems anbetrifft, so wird man im Gegensatz zu Marg. Stern wohl auch Meyrowsky beistimmen können, daß die an sich ja nicht in Abrede zu stellenden Schwankungen in der Empfindlichkeit der verschiedenen Blutkörperchenaufschwemmungen praktisch wohl nur von geringer Bedeutung sein werden, da im allgemeinen in den Laboratorien ja das Bestreben obwaltet, von der Verwendung zu alter und infolgedessen leichter auflösbarer Blutkörperchenaufschwemmung Abstand zu nehmen. Von wesentlicher Bedeutung werden dagegen die beiden anderen Faktoren des hämolytischen Systems, d. h. Komplement und Ambozeptoren, sein. Schon aus den älteren Versuchen von Browning, McKenzie, Marg. Stern u. a. wissen wir ja, daß selbst bei absolut gleicher Wirksamkeit des hämolytischen Systems die Unterschiede in der Ablenkbarkeit der von verschiedenen Meerschweinchen stammenden Komplemente unter Umständen erhebliche Schwankungen in der Reaktionsbreite luetischer Sera bedingen können, Schwankungen, welche nach den einschlägigen, auch von mir bereits an anderer Stelle bestätigten Beobachtungen von Scheidemantel, so weit gehen können, daß mit dem gleichen Serum in zwei am gleichen Tage vorgenommenen Parallelversuchen lediglich bei Verwendung verschiedener Komplementsera unter sonst absolut gleichen Versuchsbedingungen in einem Falle eine positive, im anderen Falle eine negative Reaktion erzielt werden kann. Soweit die in Frage kommenden Experimente Scheidemantels in dieser Hinsicht ein Urteil

Digitized by Google

zulassen, werden wir wohl nicht fehlgehen mit der Annahme, daß es sich in den von SCHEIDEMANTEL beobachteten Fällen im wesentlichen um Sera der oben charakterisierten Art, d. h. also um solche mit relativ geringem Reaktionskörpergehalt gehandelt hat, da ich mich auch an der Hand neuerer einschlägiger Experimente wieder überzeugen konnte, daß sich stark positiv reagierenden Seren gegenüber derartige Schwankungen in der Regel nur wenig geltend machen werden.

Von nicht viel geringerer Bedeutung für das Zustandekommen der paradoxen Reaktionen scheint mir nach meinen einschlägigen Beobachtungen die Quantität der im Versuch wirksamen Ambozeptoren zu sein, wenn auch hier ein Überschuß im allgemeinen nicht die Bedeutung zu gewinnen scheint wie beim Komplement. Die Gefahr einer Störung durch die Ambozeptoren kann hier auch im wesentlichen als eine sekundäre gelten, da sich die störende Wirkung der Ambozeptoren stets nur unter der Voraussetzung, daß durch den Komplex Extrakt-Patientenserum nur ein Teil des im Versuch verwendeten Komplementes gebunden wurde, geltend machen kann. In solchen Fällen mit geringem Reaktionskörpergehalt haben wir allerdings gegebenenfalls eine Verschleierung der positiven Reaktion, welche unter Umständen auch in Form einer Späthämolyse in Erscheinung treten kann, zu gewärtigen, und zwar besonders dann, wenn die mit dem Rest ungebundenen Komplementes an sich unwirksamen Immunambozeptoren des hämolytischen Systems durch eine Summierung der im Patientenserum meist enthaltenen größeren oder geringeren Mengen von Normalambozeptoren zu einer in gewissen quantitativen Verhältnissen durchaus möglichen Aktivierung des hämolytischen Systems befähigt werden. Aus einschlägigen Experimenten wissen wir ja, daß innerhalb gewisser Grenzen Komplementmangel durch Ambozeptorüberschuß und umgekehrt geringe Ambozeptorenmengen durch Komplementüberschuß ausgeglichen werden können. Gerade bei meinen in dieser Arbeit ausführlicher berichteten vergleichenden Untersuchungen über den Ausfall der WR. bei Verwendung ambozeptorfreien bzw. ambozeptorhaltigen Patientenserums habe ich mich zur Genüge überzeugen können, daß eine Ausschaltung eines Ambozeptorüberschusses in vielen Fällen noch einen Nachweis der im Patientenserum enthaltenen Reaktionskörper gestattete, wo die gewöhnliche, diesen Ambozeptorüberschuß nicht berücksichtigende Originaltechnik eine sichere Diagnose nicht ermöglichte. Andererseits haben mich aber die im Verlauf dieser Untersuchungen vielfach erforderlichen Wiederholungen der Versuche, und zwar besonders die quantitativen Auswertungen vieler Sera, davon überzeugt, daß dieser unleugbare störende Einfluß eines Ambozeptorüberschusses eben doch nur dann in Frage kommt, wenn infolge einer nur unvollständigen Bindung des Komplementes noch genügende Mengen des letzteren zu einer Aktivierung des hämolytischen Systems übrig bleiben.

Aus den vorstehenden Ausführungen über die Bedeutung des hämolytischen Systems bzw. seiner einzelnen Komponenten erhellt meines Erachtens ohne jeden Zweifel, daß eine befriedigende Lösung des Problems, die divergierenden Versuchsergebnisse nach Möglichkeit auszuschalten, wohl in erster Linie von einer zweckdienlichen Einstellung dieses Faktors erwartet werden muß, wenn auch hierfür natürlich die von mir bereits

Digitized by Google

in meinen einleitenden Ausführungen bezüglich des Extraktes vertretene Auffassung, wonach auch von einer einseitigen Maßnahme am hämolytischen System ein wirklich guter Erfolg nicht erwartet werden kann, Geltung haben dürfte. Wie ich schon wiederholt betont habe, muß eben bei allen Versuchen, die Reaktion zu verfeinern bzw. ihre Ergebnisse gleichmäßiger und zuverlässiger zu gestalten, der Tatsache Rechnung getragen werden, daß die Bedeutung der Stärke des hämolytischen Systems ebenfalls stets nur eine relative sein kann, da sie in letzter Linie ja immer wieder aus den Wechselbeziehungen zwischen lösenden und hemmenden Faktoren resultiert.

Was speziell die hemmenden Faktoren der Reaktion, d. h. Extrakt- und Patientenserum, anlangt, so resultiert deren Wirkung ja bekanntlich wiederum aus zwei in ihrem Endeffekt wohl übereinstimmenden, in ihrem Wesen aber doch höchstwahrscheinlich völlig differenten Komponenten, nämlich aus der Wirkung der spontanhemmenden Substanzen der jeweils beim Versuch verwendeten Extrakte und Patientensera einerseits und andererseits aus der Wirkung der zwischen Syphilitikerserum und Extrakt vor sich gehenden spezifischen Reaktion. Aufgabe der Reaktion ist es naturgemäß, nur die letztere Komponente, d. h. den Effekt der Wechselwirkung der Reaktionskörper des Syphilitikerserums mit dem Luesextrakt bzw. mit dessen Ersatzmitteln, in Form einer durch Hemmung der Hämolyse gekennzeichneten positiven Reaktion zum Ausdruck zu bringen bzw., sofern es sich nicht um das Serum eines Syphilitikers handelt, diesem Mangel an Wechselwirkung in Form einer negativen Reaktion, d. h. durch komplette Hämolyse, Ausdruck zu verleihen. Die praktische Erfahrung hat nun bekanntlich gelehrt, daß Extrakt und Patientenserum in der Regel einen mehr oder weniger starken Gehalt an antikomplementären Substanzen aufweisen, deren Ausschaltung im Interesse reiner und einwandfreier Versuchsbedingungen selbstverständlich unbedingt erforderlich ist. Man hat dieser Tatsache bei Ausgestaltung der Technik ja insofern Rechnung getragen, als man stets mit einem Multiplum der hämolytischen Einheit, also mit einem beträchtlichen Überschuß an hämolytischen Faktoren arbeitet, eine Maßnahme, die sich praktisch ja auch im wesentlichen gut bewährt hat, die aber eben doch, wie uns auch die in den vorangehenden Abschnitten mitgeteilten Versuchsergebnisse erkennen lassen, die Gefahr der „paradoxen Reaktionen" in sich birgt.

Bekanntlich hat man es zunächst mehrfach versucht, dieser Erscheinung durch die Forderung gerecht zu werden, daß jedes Serum gleichzeitig mit mehreren Extrakten untersucht werden sollte, eine Forderung, der auch wohl an den meisten Instituten, welche den Anspruch auf Zuverlässigkeit ihrer Untersuchungen erheben, längst Rechnung getragen worden ist. Leider ist ja auch diese Maßnahme nicht von dem erhofften Erfolg begleitet gewesen, denn wie ich schon in meiner mehrfach zitierten Arbeit ausgeführt habe, läßt sich eben bei der heute noch ziemlich allgemein geübten Versuchstechnik dabei die Forderung Seligmanns, ein Serum nur dann als positiv zu bezeichnen, wenn die Reaktion übereinstimmend mit allen Extrakten positiv ausgefallen ist, nur dann erfüllen, wenn es sich um stark positiv reagierende Sera, d. h. also um Fälle handelt, bei denen man meist auf Grund der klinischen und anam-

Digitized by Google

nestischen Anhaltspunkte der Serodiagnostik würde entraten können, während gerade in den Fällen, welche naturgemäß die Domäne der WR. darstellen, d. h. bei den stark behandelten Fällen bzw. bei den Fällen latenter Lues, bei Anwendung der Originaltechnik nur allzu häufig neben quantitativen Differenzen auch prinzipielle Unterschiede in den Versuchsergebnissen bei den verschiedenen Extrakten zutage treten, auch wenn die verschiedenen Extrakte unter durchaus gleichartigen Versuchsbedingungen bei der Reaktion Verwendung fanden. Dabei ist es keineswegs erforderlich, daß der eine oder andere Extrakt qualitativ als minderwertig betrachtet wird. Dies ergibt sich ja auch schon aus den weiter oben zitierten, auch von mir bestätigten Versuchen Scheidemantels, wonach selbst mit einem Extrakt, bei dem doch qualitative Differenzen innerhalb einer so kurzen Zeit, wie sie bei den einschlägigen Versuchen in Frage kommt, nicht anzunehmen sind, unter praktisch durchaus identischen Versuchsbedingungen mit dem gleichen Serum divergierende Versuchsergebnisse erzielt werden können. Aus derartigen Erfahrungen ergibt sich namentlich auch im Hinblick auf die weiter oben beschriebenen Schwankungen des hämolytischen Komplements meines Erachtens ohne weiteres die Erkenntnis, daß auch die Einführung eines einheitlichen Extraktes, wie dies von den verschiedensten Verfassern versucht worden ist, eine größere Einheitlichkeit der Versuchsergebnisse nicht wird garantieren lassen, wenn nicht gleichzeitig die ganze Versuchstechnik auf eine mehr einheitliche Basis gestellt zu werden vermag. Daß diese Forderung einer Vereinheitlichung der Technik selbst im Hinblick auf die von Sachs und Ritz in ihrer letzten Arbeit zum Ausdruck gebrachten Ansicht, wonach die Schaffung einheitlicher Versuchsbedingungen durch die aus der Eigenart der biologischen Methode sich von selbst ergebenden Grenzen der Technik und Methodik fast ausgeschlossen erscheint, als nicht absolut unerfüllbar gelten muß, geht meines Erachtens gerade aus den in neuerer Zeit von den verschiedenen Verfassern unternommenen erfolgreichen Versuchen mit ziemlicher Deutlichkeit hervor.

Das Bestreben all dieser Versuche, wie sie namentlich von O. Thomson, Zeissler, Kromayer und Trinchese, Sormani u. a. unternommen worden sind, ist auf eine möglichst ausgiebige Berücksichtigung der quantitativen Verhältnisse gerichtet. Es würde mich naturgemäß zu weit führen, an dieser Stelle noch auf die zum Teil kompliziert angelegten Versuchsanordnungen einzugehen, wie sie speziell von Zeissler und O. Thomson vorgeschlagen worden sind. Ihrer Einführung stehen ja im wesentlichen praktische Gesichtspunkte entgegen. Die erwähnten Methoden haben bereits durch Sormani eine kritische Besprechung erfahren, und ich möchte auch in dieser Hinsicht auf die genannte Arbeit Sormanis hinweisen und in Übereinstimmung mit dem letztgenannten Verfasser der Ansicht Ausdruck geben, daß die erwähnten Methoden sich wohl für wissenschaftliche Untersuchungen und im Einzelfalle vielleicht auch als praktisch brauchbar erweisen mögen, daß ihrer regelmäßigen Anwendung im Laboratorium jedoch die komplizierte Technik im Wege stehen dürfte.

In der Tat haben uns ja auch andere Verfasser, namentlich Sormani, Kromayer und Trinchese zu zeigen vermocht, daß man unter Wahrung

Digitized by Google

des von den erstgenannten Verfassern vorgeschlagenen Prinzips einer quantitativen Ausgestaltung der Reaktion zu einer fast mathematisch genau arbeitenden und gleichzeitig praktisch brauchbaren Versuchstechnik gelangen kann, ohne diese Technik an sich kompliziert gestalten zu müssen. Sowohl die von Sormani vorgeschlagene Technik als auch die von Kromayer und Trinchese bekanntlich ohne Vorkenntnis der Untersuchungen Sormanis ausgearbeitete Methodik lehnen sich allerdings im Prinzip an den ursprünglich von O. Thomsen gemachten Vorschlag an, die für die Reaktion erforderliche Komplementmenge so weit zu reduzieren, daß nach Wegfall der durch die antikomplementäre Wirkung der einzelnen Reagenzien verbrauchten Komplementquantitäten für die eigentliche Reaktion, d. h. für die Wechselwirkung zwischen Extrakt und Patientenserum, nur noch so viel an hämolytischen Faktoren zur Verfügung steht, als zu einer glatten Lösung des hämolytischen Systems unbedingt erforderlich ist.

Es ist unbestreitbar, daß auch diese beiden Methoden, die ja zur Erreichung des vorgenannten Zieles eine sorgfältige, an jedem Versuchstag wiederkehrende Titrierung der einzelnen Reagenzien verlangen, einen wesentlichen Mehraufwand an Zeit und Arbeitsleistung erfordern, ein scheinbarer Nachteil, der aber durch die Gleichmäßigkeit der Versuchsergebnisse und die Sicherheit in der Beurteilung der Resultate entschieden aufgewogen werden dürfte. Leider muß ich es mir versagen, im Hinblick auf meine später erfolgende ausführliche Mitteilung der mit diesen Methoden gewonnenen Ergebnisse, an dieser Stelle auf Details einzugehen. Ich habe meine einschlägigen Versuche gerade im Hinblick auf meine Erfahrungen über das nicht eben seltene Auftreten von paradoxen Reaktionen unternommen, und wenn mich auch meine bislang mit diesen Methoden gewonnenen Versuchsergebnisse infolge ihrer noch relativ geringen Zahl zurzeit zu einem endgültigen Urteil über die fraglichen Methoden nicht zu autorisieren vermögen, so glaube ich mich doch berechtigt, bereits auf Grund meiner bislang gewonnenen Erfahrungen hervorzuheben, daß mir das im wesentlichen ja übereinstimmende Prinzip der beiden Methoden durchaus geeignet erscheint, um die WR. auf eine einheitliche Basis stellen zu können und damit auch die Krux von Klinikern und Serologen, d. h. die paradoxen Reaktionen, in Übereinstimmung mit den Angaben Sormanis endgültig zu beseitigen. Darauf hoffe ich nach Abschluß meiner einschlägigen Versuche an anderer Stelle zurückkommen zu können.

Literatur-Verzeichnis.

Alexander, A., Med. Klinik, 1912, S. 783. — Bauer, J., Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 17. — Ballner u. Decastello, Dtsch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 45. — Ehrmann u. Stern, Berl. klin. Wochenschr., 1910, Nr. 7. — Epstein, E., Wien. klin. Wochenschr., 1910, Nr. 51. — Freudenberg, Berl. klin. Wochenschr., 1910, Nr. 26. — Graetz, Fr., Monatsh. f. prakt. Derm., 1911, Bd. 53. — Graetz, Fr., Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1913. — Hecht, H., Wien. klin. Wochenschr., 1909, Bd. 22, Nr. 8, S. 265. — Hecht, H. u. Lederer, O., Med. Klinik, 1912, Nr. 19. — Jacobäus, H. C., Ztschr. f. Immunitätsforschg. u. exper. Ther., Bd. 8, S. 615. — Kromayer u. Trinchese

Digitized by Google

Med. Klinik, 1912, Nr. 10. — Lange, Dtsch. med. Wochenschr., 1910, Nr. 5. — Meyerowsky, E., Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 27. — Meyerowsky, E., Berl. klin. Wochenschr., 1910, Nr. 28. — Krefting, Dtsch. med. Wochenschr., 1910, Nr. 8. — Mintz, Ztschr. f. Immunitätsforschg., Bd. 9, H. 1, S. 29. — Müller, R., Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 23. — Nielsen-Geyer, Compt. rend. Soc. de Biologie, Bd. 72. Nr. 13. — Ohmstead, M. P., Proceeding of the New York Path. Soc., Bd. 12 1 u. 2. — Noguchi u. Bromfenbrenner, Journ. of exper. Med., 1911, Bd. 13, S. 217. — Rokmhild, Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 33. — Rossini, O., Ztschr. f. Immunitätsforschg. u. exper. Ther., Bd. 10, 1911, H. 3, S. 321. — Sachs, H., Handb. v. Kraus u. Levaditi, S. 950. — Sachs, H. u. Altmann, Berl. klin. Wochenschr., 1912. — Sormani, P. B., Ztschr. f. Immunitätsforschg. u. exper. Ther., 1911, Bd. 11, H. 2, S. 243. — Sormani, P. B., Med. Klinik, 1912, Nr. 34. — Sormani, P. B., Med. Klinik, 1912. Nr. 37. — Stern, Marg., Ztschr. f. Immunitätsforschg. u. exper. Ther., 1910, Bd. 5. — Thomsen, O., Ztschr. f. Immunitätsforschg. u. exper. Ther., 1911, Bd. 7, H. 4. — Wechselmann, Ztschr. f. Immunitätsforschg. u. exper. Ther., 1909, Bd. 3, S. 525. — Wolff, L. K., Ztschr. f. Immunitätsforschg. u. exper. Ther., 1911, Bd. 11, S. 154.

Mitteilungen aus der Literatur.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Hautkrankheiten in Beziehung zu den Geschlechtsorganen, von S. Pollitzer-New York. (New York med. journ., 5. Okt. 1912.) Die Frage des Zusammenhanges zwischen Erkrankungen der Geschlechtsorgane und der Haut ist schon so alt als Hippokrates, ist aber bis jetzt weder von Gynäkologen noch Dermatologen sehr ernst behandelt worden. Eine Betrachtung all der Dermatosen, welche während der physiologischen Tätigkeit der Geschlechtsorgane vorkommen können, würde wohl beinahe über das ganze Gebiet der Hautkrankheiten sich erstrecken müssen, und so beschränkt sich P. auf diejenigen derselben, welche als die häufigst vorkommenden anzusehen sind. An erster Stelle figuriert hier Akne, von welcher allgemein angenommen wird, daß sie in direkter Beziehung zu dem Pubertätsvorgange steht. P. erklärt dies mit Zirkulationsveränderungen in der Haut des Gesichtes, welche letztere zu einem günstigeren Boden für die Entwicklung der speziellen Akne- und Seborrhoemikroorganismen machen. Dieselbe primäre Ursache (besondere Gefäßveränderungen) ist auch für Erythema exsudativum multiforme vorhanden. Die verschiedensten Arten von Erythema, vom einfachen bis zum Erythema nodosum, welche kurz vor, während oder unmittelbar nach den Menses monate- und jahrelang immer wiederkehren, sind veröffentlicht worden und sind oft mit Unregelmäßigkeiten derselben verbunden. Nahe verwandt mit Erythema exsudativum ist das Vorkommen von Purpura in Verbindung mit Unregelmäßigkeiten der Menstruation; ferner haben von den Hautkrankheiten neurovaskulären Ursprungs Urtikaria und angioneurotisches Ödem sicher Beziehung zu den Menses. Bei weitem die häufigste mit denselben in Verbindung stehende Hautaffektion ist jedoch Herpes; derselbe kommt in der großen Mehrzahl der Fälle von den äußeren Genitalien, aber auch an anderen Körperstellen, besonders den Lippen, vor. P. dünkt es nicht unwahrscheinlich, menstruellen Herpes auf eine Art an den Ovarien ausgehender Toxämie zurückzuführen. Hypertrichosis macht häufig zur Pubertätszeit ihr erstes Erscheinen und wird beim weiblichen Geschlecht mit Erkrankungen der Ovarien in Zusammenhang gebracht. Die Frage der übermäßigen Pigmentbildung zur Zeit der

Digitized by Google

Pubertät, der Schwangerschaft und weiterhin infolge von Erkrankungen der Genitalorgane ist ebenso noch eine ungelöste wie überhaupt das ganze Kapitel der Pigmentierung. Die meisten der genannten Dermatosen kommen in mehr oder weniger hohem Grade während der Schwangerschaft vor, und es ist möglich, daß sie alle von irgend einer Störung in der inneren Sekretion der Ovarien während dieser Zeit, wo deren normale Funktion ruht, abhängig sind. Im Herpes gestationis sehen wir eine zweifellose Schwangerschaftsdermatose, da sie bei vielen Frauen prompt mit dem Eintritt der Geburt endet und mit wiedereintretender Schwangerschaft wieder auftritt. Als eine der schlimmsten, wenn auch selten auftretenden Schwangerschaftsdermatosen hebt P. Impetigo herpetiformis hervor, die in den etwa 30 bis jetzt veröffentlichten Fällen meist nach ein oder mehreren Rezidiven tödlich endete, ohne daß der Sektionsbefund etwas anderes als Degeneration des Myokards ergab. Die puerperalen Hautstörungen, wie Erythema, skarlatiniforme, morbillöse Exantheme, Purpura, beruhen wohl alle auf Resorption septischen Materials aus den Genitalorganen. Die Dermatosen des Klimakteriums sind, soweit sie mit demselben in Zusammenhang gebracht werden können, der gleichen Art und Natur wie jene infolge gestörter Menstruation und ebenfalls auf Veränderungen in der Sekretion der Ovarien zurückzuführen. Wenn wir auch in vielen Fällen noch nicht beurteilen können, ob vermehrte oder verringerte Sekretion der inneren Organe (Drüsen) das ursächliche toxische Moment bilden, so steht für P. jedenfalls fest, daß wir die traditionelle Anschauung einer „Reflex"wirkung in solchen Fällen aufgeben müssen und mit der inneren Sekretion chemischer, meist relativ einfach zusammengesetzter Substanzen rechnen müssen. Für experimentelle Untersuchungen zur Erklärung derselben liegt noch ein weites Feld offen.

Stern-München.

Eine seltene Erscheinung auf der Haut einer Patientin mit Niereninsuffizienz, von Portig-Frauendorf. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 46.) Bei einer urämisch komatösen Patientin fand Verfasser wenige Tage vor dem Exitus das Gesicht und einen großen Teil der Brust mit feinen, weißen, krystallinischen Massen bestreut. Die chemische Untersuchung dieser wie Schnee anmutenden Substanz ergab, daß er sich um eine Ausscheidung von Harnstoff handelte. — Dies ist nicht der erste Fall eines derartigen Vorganges.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Jodresorption bei Anwendung von Jodsalben, von J. B. Elin. (Diss., Zürich, 1912.) Der Verfasser fand auf Grund von 124 Experimenten jene Annahme bestätigt, daß im allgemeinen die intakte Haut des Menschen imstande ist, geeignete Substanzen aufzunehmen. Eine Resorption fand aber nicht in allen Fällen statt. In 75% der Fälle fehlte eine solche. Verschiedene Bedingungen beeinflussen eine Jodaufnahme durch die Haut. An erster Stelle kommt die Art des Medikamentes in Betracht. Es zeigte sich z. B., daß Jodoform schlechter resorbiert wird als Jothion. Hingegen scheint Jodostarin als Hautmittel ungeeignet zu sein. Ferner spielt bei der Resorption das Vehikel eine sehr große Rolle. Während z. B. Jodkalium und Tinctura jodi in tierischen Fetten nicht resorbiert werden, werden sie mit den Paraffinen gut aufgenommen. Im allgemeinen zeigten sich die Vaseline als beste Salbengrundlage. Bei den Versuchen mit Jodkaliumsalben, Jodoform und Jothion zeigte sich ein Einfluß der Menge und Konzentration der Salbe auf die Resorption. Auch in Bezug auf die Hautfläche zeigten sich wesentliche Unterschiede. In den meisten Fällen, besonders aber dann, wenn eine Jodausscheidung stattgefunden hat, kamen Reizerscheinungen zum Vorschein. Es konnten aber solche auch dann konstatiert werden, wenn keine Resorption stattfand. Es wäre möglich, daß die Hautreize die Resorption begünstigen, nicht aber hervorrufen. Es konnten auch individuelle Verschiedenheiten in bezug auf die Jod-

Digitized by Google

aufnahme und Ausscheidung gefunden werden. Die Jodausscheidung ist im Harne nicht regelmäßig und, abgesehen von den jodfreien Tagen, sind in vielen Fällen jodfreie Stunden während der Versuchszeit vorgekommen. In den meisten Fällen dauerte die Ausscheidung dreimal 24 Stunden und das erste Jod kam nach etwa drei Stunden zum Vorschein. Es gab aber Fälle, in welchen die erste Jodausscheidung erst am dritten Tag begann, und auch solche, bei denen die Ausscheidung nur zwölf Stunden dauerte.

Fritz Loeb-München.

Die Rolle des Organismus bei der medikamentösen Heilung der Spirillosen, von C. Levaditi. (Bull. d. l. Soc. d. Pathol. exotique, 1912, Bd. 5, Nr. 7.) Verfasser hat in der Absicht, seine Anschauung, daß es sich bei der Chemotherapie der Spirillosen nicht bloß um eine chemische Reaktion zwischen Medikament und Spirochäte handle, sondern daß der Organismus dabei auch eine Rolle spiele, zu erhärten, Ratten mit Rückfallfieber infiziert und mit Salvarsan behandelt. Er fand nun, daß bei Tieren, die bald nach der Infektion behandelt wurden, die Spirillen weniger rasch aus dem Blute verschwanden als bei solchen, die später, kurz vor der Krise, injiziert wurden. Ferner fand er, daß Tiere, denen nach der Infektion abgetötete Spirillen injiziert wurden, ebenfalls rascher durch Salvarsan geheilt wurden. Aus der Tatsache, daß die Spirochäten kurz vor der Krise leichter vernichtet werden, zieht der Verfasser nun den Schluß, daß der Organismus schon selbst seine Abwehrmaßregeln getroffen hatte, die nun durch Salvarsan unterstützt wurden. Bei den anderen, kurz nach der Infektion behandelten Tieren waren dagegen diese selbstheilenden Kräfte noch nicht vorhanden. Bestätigt wird dieser Schluß dadurch, daß die Tiere, deren Körperschutzkraft künstlich erhöht wurde, ebenfalls leichter durch Salvarsan von den Parasiten befreit wurden.

Es ist also bei den Spirillosen der Moment der Injektion nicht gleichgültig. Bei solchen, die eine spontane Krise haben, ist die Zeit kurz vorher der geeignetste Augenblick. Genauere Untersuchungen müssen nun ergeben, ob es bei der Syphilis einen ähnlichen günstigen Moment, der der präkritischen Periode entspricht, gibt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die gelegentliche klinische Ähnlichkeit von Blastomykosis und Syphilis mit Sporotrichosis, von Richard L. Sutton-Kansas City, Mo. (Journ. amer. med. assoc., 11. Jan. 1913.) Beschreibung von je einem Fall von Sporotrichosis, Blastomykosis und kutaner Syphilis mit Abbildungen. Die Blastomykosis ähnelt häufig der Tuberculosis verrucosa cutis.

Fendt-Wiesbaden.

Gesichtsfurchen und die durch Gemütserregungen bedingte Gesichtsverzerrung, von W. A. Hollis-Hove. (Lancet, 4. Jan. 1913.) Verfasser bringt einige wohlgelungene, bei Säuglingen vor und während des Schreiens aufgenommene Momentaufnahmen, wobei er betont, daß die im späteren Leben hervortretenden Furchen, so namentlich die Stirnfurchen zwischen den Augenbrauen und die Nasiolabialfurchen, auch hierbei sich in besonderem Maße zu erkennen geben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Beeinflussung der Intensität der Immunkörperbildung durch das Salvarsan, von K. E. Boehncke. (Ztschr. f. Chemother., 1912, H. 2.) Nachdem Friedberger und Masuda gezeigt haben, daß unter dem Einflusse von Salvarsan die Intensität der gebildeten Agglutinine und Normalhämolysine eine beträchtliche Steigerung erfährt, und Strubell neuerdings ein gleiches Verhalten des opsonischen Index feststellt, dehnt Verfasser die Versuche auch auf die Antitoxine, Bakteriolysine, Bakteriotropine, komplementbindenden Antistoffe sowie die Präzipitine aus. Als Versuchstiere verwendet er Kaninchen, Meerschweinchen und Ziegen. Er findet die Produktion sämtlicher Körper bei Salvarsanzufuhr gesteigert, wie durch zahlreiche dem Text eingefügte

Digitized by Google

Tabellen veranschaulicht wird. Eine Ausnahme machen die komplementbindenden Stoffe, bei denen eine Zunahme unter dem Einflusse des Salvarsans nicht zu bemerken war.

O. Valentiner-Leipzig.

Anatomisch-klinische und therapeutische Untersuchungen über die sudoralen Pyodermien (sudorale Eruptionen), von Robert Colonna s'Istria. (Thèse de Montpellier, 1912.) Fritz Loeb-München.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Experimentelle Studien über die Wirkung des Lichtes, von Fr. Bering und H. Meyer-Kiel. (Strahlentherapie, 1912, Bd. 1, H. 4.) Die Bearbeitung dieses noch so wenig beackerten Gebietes ist den Verfasser entschieden als Verdienst anzurechnen. Wie im einzelnen der Gang der mühevollen Versuche und Untersuchungen war, das muß im Original nachgelesen werden, wie sich aber allmählich aus der Meisterung des spröden Stoffes das Fundament für die wissenschaftliche Erkenntnis des Wesens der Lichtwirkung zusammenzukristallisieren scheint, geht aus den gewonnenen Resultaten hervor, die am Schluß der Arbeit wie folgt zusammengefaßt werden. Das Licht erleichtert die Abspaltung des Sauerstoffes aus seiner Hämoglobinverbindung des Blutes. Das Licht übt eine fördernde Wirkung aus auf die in allen pflanzlichen und tierischen Organismen tätige Peroxydase. Der Körper schützt sich durch das Pigment vor einem übermäßigen Lichtchemismus. Die biologische Wirkung des Lichtes ist proportional der chemischen Kraft und umgekehrt proportional der Penetrationsfähigkeit der Lichtarten. An der Wirkung des Lichtes beteiligen sich sämtliche Strahlengruppen. Die tiefdringenden Strahlen, die gelben, grünen und auch die roten, bei denen eine biologische Wirkung nur bei großer Lichtdosis oder überhaupt nicht nachgewiesen werden konnte, finden im Körper Stoffe, die ihnen eine Wirkung erleichtern, resp. ermöglichen (Sensibilisatoren).

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Über die chemische Imitation der Strahlenwirkung und ihre Verwertbarkeit zur Unterstützung der Radiotherapie. I. Ältere Experimente, von R. Werner-Heidelberg. **II. Neuere Experimente,** von R. Werner und L. Ascher-Heidelberg. (Strahlentherapie, 1912, Bd. 1, H. 4.) Durch seine ersten Versuche stellte W. fest, daß die Zerfallsprodukte des Lezithin, speziell das Cholin, im Tierkörper eine ähnliche Wirkung hervorrufen wie die Röntgenstrahlen und das Radium. Er nannte dies die chemische Imitation der Strahlenwirkung.

Es wurden beim Menschen Karzinome, Sarkome und Lymphome durch Injektion von Cholinum basicum ($^1/_2$—2—5—10—50%ige Lösung) behandelt. Die Veränderungen an den Geschwülsten bestanden in Schrumpfung der Geschwulstknoten oder Erweichung unter Austritt einer trüben, serösen Flüssigkeit. In der Regel reagierte, wie bei den Strahlenwirkungen, nur ein bestimmter Teil des Tumors stark.

Im ganzen wurden 74 Patienten behandelt, meist vorgeschrittene hoffnungslose Fälle; bei 43 trat eine deutliche, wenn auch nur vorübergehende Besserung ein. Bei neun kam es allerdings, wie das auch bei der Strahlenwirkung vorkommt, zu vermehrtem Wachstum, bei acht wurden stürmische Zerfallserscheinungen die Ursache der Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Da sich das basische Cholin als nicht hinreichend zuverlässig erwies, wurden die therapeutischen Versuche einstweilen aufgegeben.

In der zweiten Arbeit berichten dann die Verfasser über die Ergebnisse ihrer Experimente mit dem Borcholin, das sich dem basischen als überlegen erwies. Der Einfluß auf die Haut besteht in Dermatitis, die zu Haarausfall, Rötung, Blasenbildung und Nekrose führt. Die Latenz beträgt je nach der Konzentration 1—9 Tage.

Digitized by Google

Auch die Nachahmung der radiogenen Veränderungen am Hoden (weißer Ratten) gelang mit 2% Borcholinlösung. Es trat nach 3—6wöchentlicher Behandlung partieller oder vollkommener Schwund der Spermatogonien, Spermatozyten und Spermatozoen ein, die Sertolischen Zellen und das Bindegewebsgerüst der Hoden blieben erhalten.

Geschwülste: Rattensarkome und Mäusekarzinome wurden teils mit Injektionen von Borcholin, teils mit solchen von Jodbenzoesäurecholin behandelt. Die Reaktion war eine ganz typische: Hyperämie, ödematöse Quellung des Tumorgewebes, nach 2—3 Wochen Erweichung, zentrale Nekrose und dann Schrumpfung.

Gleichzeitig angestellte Versuche über Beeinflussung von Tumoren durch Thorium-X-Lösung ergaben eine weitgehende Ähnlichkeit mit der Wirkung der Cholinsalze, nur wirkte das Thorium-X viel schneller als das Cholin, wurde aber auch in der therapeutisch wirksamen Dosis viel schlechter von den Tieren vertragen.

Über weitere therapeutische Anwendung der Cholinsalze beim Menschen soll in einer nächsten Arbeit berichtet werden. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Röntgenbehandlung, von Homer E. Smith-Norwich. (Med. Record, 16. Nov. 1912.) Ausführungen allgemeiner Art, die den heutigen Stand der Röntgentherapie kurz darlegen und besonders darauf hinweisen, daß für gute Erfolge unerläßlich eine exakte Technik ist, die sich in der Verwendung der verschiedenen Strahlenarten und in ihrer Applikation dem jeweilig vorliegenden Krankheitsfall auf das genaueste anzupassen hat.

W. Lehmann-Stettin.

Einige röntgentherapeutische Fragen in der Dermatologie, die den Praktiker am meisten interessieren, von Louis Merian. (Ars medici, 1912, Nr. 7.) 1. Bei welchen Hautkrankheiten ist die Röntgentherapie stets in erster Linie anzuwenden, da sie relativ die beste Methode ist?

Mycosis fungoides; die durch Pilze und Kokken hervorgerufenen Erkrankungen der Haare, des Stammes, besonders auch der Nägel, Favus, Trichophytie usw.; Psoriasis des Körpers besonders dort, wo es darauf ankommt, schnell und ohne Berufsstörung für den Patienten zu handeln, in erster Linie bei Psoriasis der Nägel.

2. Bei welchen Hautkrankheiten ist die Röntgentherapie fakultativ anzuwenden, da sie in vielen Fällen rascher zum Ziele führt als andere Methoden?

Akne indurata, Hyperhidrosis, lokaler Pruritus; Epitheliome der Haut und der Schleimhaut; Tuberkulosis verrucosa cutis, hypertrophische Form des Lupus.

W. Lehmann-Stettin.

Bericht über die im Radiuminstitute in der Zeit vom 14. Aug. bis 31. Dez. 1912 ausgeführten Arbeiten, von A. E. H. Pinch, nebst einem Anhang über das Chemisch-physikalische Laboratorium, von W. L. S. Alton. (Brit. med. Journ., 25. Jan. 1913.) Nach einer einleitenden Besprechung der Organisation des Institutes, des zur Verfügung stehenden Materiales, der Technik und der reaktiven Erscheinung bei der Anwendung von Radium wird eine Übersicht über 578 Patienten, welche seit dem Bestehen der Anstalt in Behandlung gewesen sind, gegeben. Außer mehreren Affektionen, welche für den Dermatologen kein direktes Interesse besitzen, handelte es sich dabei namentlich um Ulcus rodens (101 Fälle), Nävi (41), papillomatöse Wucherungen (18), Keloide (17) und namentlich um Epitheliome an der Haut und den Schleimhäuten. In bezug auf die erzielten therapeutischen Resultate kann man zusammenfassend sagen, daß dieselben die von anderen Verfassern berichteten Erfahrungen im großen und ganzen bestätigen. Als geheilt oder allem Anscheine nach geheilt sind 81 Fälle notiert und 245 als gebessert. Den wichtigsten Teil der Arbeit bilden naturgemäß die bei verschiedenen Patienten angeführten Krankengeschichten mit den technischen Einzelheiten der Behandlung, was sich aber im Referate nicht zusammenfassen

Digitized by Google

läßt. Besonders erwähnt mag noch werden, daß von den Kranken mit Lupus erythematosus einer als geheilt und fünf als gebessert geführt werden, während von den sieben Psoriasiskranken zwei als allem Anscheine nach geheilt und fünf als gebessert bezeichnet werden.

Der Bericht aus dem chemischen Laboratorium befaßt sich hauptsächlich mit einer Schilderung von der Herstellung der Applikatoren, der Beschaffenheit der zu verwendenden Blenden, den Meßvorrichtungen usw. Die Mitteilungen enthalten manche beachtenswerte Einzelheiten. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Wirkung von induzierter Radioaktivität, von Fernau, Schramek und Zarzycki. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 3.) Die Verfasser beschreiben die Technik der Herstellung einer physiologischen Kochsalzlösung mit induzierter Radioaktivität und ihre Versuche an Kaninchen, denen sie diese Lösung intravenös injizierten. Nach diesen Versuchen bewirken kleinere Dosen induzierter Aktivität Leukozytose, größere Dosen Leukopenie, wobei in beiden Fällen eine relative Lymphozytose auftritt. Die Beeinflussung des Blutbildes bleibt 36—48 Stunden bestehen, was besonders auffällig erscheint, da die induzierte Radioaktivität (die Zerfallsprodukte der Emanation) sehr kurzlebig ist, schon innerhalb 30 Minuten auf die Hälfte zerfällt und nach vier Stunden auf Null abklingt. W. Lehmann-Stettin.

Anwendung des Radiums und des Mesothoriums bei Geschwülsten, von Anton Sticker-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 49 u. 50.) Berichtet wird nur über Bestrahlungsmethoden und Anwendung bei Geschwülsten. Die Versuche wurden mit Quantitäten bis zu 100 mg Radiumbromid und 50 mg Mesothorium vorgenommen. Zwischen der biologischen Wirkung der Radium- und Mesothoriumpräparate wurden deutliche Unterschiede wahrgenommen: Bei Oberflächenbestrahlung wirken die Mesothorpräparate rein exsudativ, es entsteht ein Ekzema bullosum s. pustulosum, beim Radium ein Ekz. crustosum; hier steht die zerstörende nekrotisierende Wirkung im Vordergrund. Bei wirklicher Tiefenwirkung zeigte nur das Radium befriedigende Resultate.

Um die biologische Wirkung der Präparate zu steigern, versagten Anämisierung und Anästhesierung vollkommen, dagegen gelang es durch Aufladung des Körpers mit positiver Elektrizität (durch Influenzmaschine) die Wirkungen erheblich zu steigern. Als Schutz gegen die gesunde Umgebung bewährte sich als besonders bequem und sicher eine aus feinstverteilten Blei- und Wismutsalzen bestehende Schutzpasta.

Im zweiten Teil wird über eine Reihe von sehr erfolgreichen Anwendungen beim Menschen berichtet, unter denen uns die Heilung von Angiomen, Papillomen und Kankroiden besonders interessieren. Ein universeller Psoriasisfall wurde durch schrittweise Bedeckung mit Kreuznacher Radiolgelatine unter gleichzeitiger innerer Darreichung der radioaktiven arsenhaltigen Dürckheimer Maxquelle wesentlich gebessert.

Als Erklärung für die wunderbare Wirkung der Becquerelstrahlung wird eine Schädigung der Kernsubstanz angenommen, die Wachstum und Teilbarkeit der Zellen schließlich ganz aufhebt. H. Lautsch-Graudenz.

Über Radium- und Mesothoriumbehandlung bei Hautkrankheiten, von Edmund Saalfeld-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 4.) Bericht über Heilung einiger Fälle von Kankroid und eines Lupus, einer Besserung bei Naevus flammeus durch Bestrahlung mit Radium resp. Mesothorium. Verfasser warnt vor Anwendung bei kosmetischen Leiden, da man unter Umständen schaden könne. Zur Verstärkung der Wirkung empfiehlt er vorgängige 5—10 Sekunden währende Vereisungen mit Kohlensäureschnee. (Bekanntlich verstärkte Pusey die Wirkung der CO_2-Erfrierung, indem er das betreffende Gewebe vorher in gelinde Röntgen- resp. Radiumreaktion versetzte. D. R.)

H. Lautsch-Graudenz.

Digitized by Google

Biologische und therapeutische Erfahrungen mit dem Radiumersatzpräparate Mesothorium, von PAUL WICHMANN-Hamburg. (Strahlentherapie, 1912, Bd. 1, H. 4.) Das Mesothorium, 1907 durch HAHN entdeckt, ist ein Zerfallsprodukt des Radioelementes Thorium, das aus dem Monazitsand (Brasilien, Nord- und Süd-Karolina) gewonnen wird. Die β- und γ-Strahlen des Mesothoriums sind die therapeutisch wirksamen. Die Messung der Strahlungsintensität erfolgt durch Vergleich mit reinem Radiumbromid. Das Milligramm Mesothorium kostet 150 M., wenn dies Milligramm gleich der Aktivität eines Milligramm reinen Radiumbromids ist. Verfasser hat zur Haut- und Schleimhautbestrahlung ein eigenes Instrumentarium angegeben (wird im Original nicht beschrieben. d. Ref.), welches eine gleichmäßige Dosierung gestatten soll.

Die Einwirkung des Mesothoriums auf die normale Haut gleicht der des Radiums, jedoch wiesen ceteris paribus die oberen und mittleren Hautschichten schneller eine stärkere und länger anhaltende Reaktion auf als die tieferen. Die vom Verfasser erzielten Resultate mit dem Präparate sind als durchaus günstige zu bezeichnen. Bestrahlt wurden 10 chronische Ekzeme, die sämtlich abheilten. Da oft langandauernde Reaktionen auftraten und individuell eine außerordentliche Verschiedenheit in der Empfindlichkeit der Haut sich herausstellte, so empfiehlt Verfasser schon aus forensischen Gründen vor jeder Behandlung eine Probeapplikation mit geringer Expositionszeit. Acht Psoriasisfälle heilten ebenfalls glatt ab. Lichen ruber planus verrucosus circumscriptus: zwei Fälle. Abheilung nach wochenlang andauernder, leichter Erosion. Von 112 Lupusfällen wurden 44 als geheilt entlassen; 30 davon wurden ausschließlich mit Mesothorium behandelt, während bei den anderen eine kombinierte Behandlung mit anderen Lupusheilmethoden erfolgte. Verfasser empfiehlt das Mesothorium namentlich bei Kindern, weil es bequem und schmerzlos anzuwenden ist. Die Dauer der Behandlung erstreckte sich von 1 Monat bis zu $1^1/_4$ Jahr. Lupus erythematosus: 7 Fälle, 4 geheilt. Hautkrebs: 6 Fälle, 4 geheilt, hiervon 1 Rückfall. In zehn guten Abbildungen, die meist den Kranken vor und nach der Behandlung zeigen, werden die gewonnenen Resultate in anschaulicher Weise illustriert. Die guten Erfolge, die Verfasser erzielte, ermuntern entschieden zur Anwendung des Mesothoriums.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Eine einfache, neue Bestrahlungslampe für Gleich- und Wechselstrom, von WOLFF-Karlsruhe. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 4.) Bei Akne, Ekzema vesiculosum, Alopecia areata, Ekzema seborrhoicum, Lichen ruber, Psoriasis, Sykosis idiopathica, Pruritus sowie bei Ulcus molle und luetischen Affektionen hat Verfasser im Laufe der letzten Jahre durch Bestrahlung mit der von ihm konstruierten Lampe sehr befriedigende Resultate erzielt. Dieselbe ist von L. und H. LOEWENSTEIN in Berlin zu beziehen und besteht im wesentlichen aus einem auf einem passenden Stativ montierten, asbestbekleideten, kurzen Eisenrohr, in welchem zwei durch eine Rückwand gehaltene, in spitzem Winkel konvergierende Kohlenstäbe schweben. Das vordere Ende des Rohrs ist durch eine gefensterte Wand verschlossen; die Fensteröffnung ist durch Uviolglas oder Bergkrystall ausgefüllt; für den Fall, daß eine Wärmeeinwirkung zugleich mit der Belichtung gewünscht wird, läßt sich diese Vorderwand auch entfernen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Vorrichtungen für die Gewinnung fester Kohlensäure zur Behandlung von Erkrankungen der Haut, von L. HEUSNER. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 47.) Verfasser beschreibt einen von ihm selbst konstruierten Apparat, der den Vorzug sparsamen Verbrauchs hat, da die Kohlensäure direkt in den Applikationsapparat, der an der Bombe angeschraubt ist, einströmt. Außerdem hat der Apparat noch den Vorteil, den Querschnitt des Schneezylinders dem zu bearbeitenden Operationsfelde anzupassen.

Fischer-Dresden.

Digitized by Google

Über den Kohlensäureschnee in der Dermatologie, von N. Le Bris. (Thèse de Bordeaux, 1912.) Fritz Loeb-München.

Über die Anwendung komprimierten Kohlensäureschnees in der Dermatologie, von M. J. M. Gohier. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Eine neue Methode der Hauttransplantation, von F. Calot-Berck. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 52.) Calot empfiehlt die von Suaristi-Irun eingeführte Methode, Haut vom Toten auf den Lebenden zu transplantieren. Man behandelt zuerst die zu überhäutende Granulationsfläche vier Tage lang mit Kompressen von sterilem Wasser vor. Eine Abkratzung der Granulationen vor der Transplantation soll vermieden werden. Man desinfiziert die zu übertragende Haut eines Toten — der Tod kann vor wenigen Minuten oder vor ein bis zwei Tagen erfolgt sein — mit Äther und schneidet durch horizontales Sägen mit dem Rasiermesser Epidermisfetzen ab, ohne sich viel um die Dicke der Lappen zu kümmern. Damit wird die granulierende Wundfläche vollständig gedeckt und ein feuchter Verband aufgelegt, der zwei Tage liegen bleibt. Nach zwei Tagen sieht die Wunde ziemlich schlecht aus und die transplantierten Hautfetzen scheinen sich abzulösen. Man erneuert dann fünf- bis sechsmal täglich den Verband, und bald sehen die Lappen wieder gesund aus, nachdem sie die obere Kornealschicht abgestoßen haben. Mit dieser Methode gelingt es schnell, große Flächen wieder zur Überhäutung zu bringen. A. Gunsett-Straßburg.

Methodik und praktische Bedeutung der Transplantation, von Enderlen-Würzburg. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1912, Nr. 24.) Für Hauttransplantationen wird darauf hingewiesen, daß auf dauernden Erfolg nur Autotransplantation rechnen kann.

H. Lautsch-Graudenz.

Über die Haut-Epidermis-Transplantation von Ollier-Thiersch. Ihre Geschichte, operative Technik und therapeutischen Indikationen, von Joseph Hérail. (Thèse de Montpellier, 1912.) Fritz Loeb-München.

Zur Frage der Wundnahttechnik, von Hans Oppenheim-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 50.) Für glattrandige aseptische Operationswunden kommen für eine ideale Heilung in erster Reihe nur die intrakutane Katgutnaht und die Klammerung mit den Michelschen Agraffen in Frage. Sie gewähren bei großer Schnelligkeit der Ausführung Festigkeit, gute spontane Adaption der Wundränder, Vermeidung der Keimverschleppung und der Stichkanäle, vorzügliches kosmetisches Resultat.

H. Lautsch-Graudenz.

Das vielseitige Leukoplast, von Frank-Dudweiler. (Medico, Jan. 1913.) Nichts Neues. H. Lautsch-Graudenz.

Beobachtungen über Arsenüberempfindlichkeit, von Staeubli-Basel-St. Moritz. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 52.) Bei zwei Patienten wurde bei subkutanen Injektionen von Natrium kakodylicum (0,05) der Eintritt von Überempfindlichkeit beobachtet, welche sich äußerte in einer ausgedehnten lokalen entzündlichen Schwellung, in starkem Temperaturanstieg, allgemeinem Krankheitsgefühl, Kopfschmerz, diffusen Gliederschmerzen, Appetitslosigkeit, in einem Fall auch in Atembeschwerden. Bei dem letzteren stellte er nach mehreren Injektionen die Kutanreaktion mit Natrium kakodylicum an, welche positiv ausfiel. O. Junghanns-Dresden.

Zur Kenntnis der parasitotropen Wirkung des Atoxyls und Neosalvarsans, von L. Arzt und W. Kerl-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 1.) Die Verfasser haben ihre Versuche, über die sie in dieser Wochenschrift, 1912, Nr. 38, berichteten, fortgesetzt und ziehen daraus folgende, nicht unwichtige Schlußfolgerungen:

1. Durch Vermengung von Lezithin mit Atoxyl und in geringem Grade auch durch Glykogen an Stelle des Lezithins gelingt es, die parasitotrope Wirkung des Atoxyls zu

Digitized by Google

erhöhen, ähnlich wie dies Levaditi für sein Trypanotoxyl, entstanden aus Leberbrei und Atoxyl, nachwies. Die Lezithin-Atoxyl-Mischung ist in bezug auf Parasitotropie dem Trypanotoxyl überlegen.

2. Die parasitotrope Wirkung des Neosalvarsans wird im Gegensatz zum Atoxyl durch alle diese Zusätze herabgesetzt.

3. Auch bei intraperitonealer Einverleibung erweist sich das Blut vorbehandelter Tiere als parasitotrop und dieser Umstand wird als Neosalvarsanwirkung anzusehen sein.

4. In vergleichenden Versuchen ergibt sich nach einstündiger Untersuchung des Blutes der vorbehandelten Tiere eine höhere parasitotrope Wirkung des Neosalvarsans als des Atoxyls. W. Lehmann-Stettin.

Versuche einer „Richtung" bzw. Anreicherung der Salvarsanerkrankungen, von V. L. Neumayer-Kluje (Bosnien). (Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 48.) Um die Salvarsanwirkung je nach etwaigem Bedarf auf einen bestimmten Körperteil in erhöhtem Maße hinzuleiten und zu konzentrieren, schlägt Verfasser vor, die Bier'sche Stauungsmethode bzw. Heisluftbehandlung alsbald nach der Injektion eintreten zu lassen. Er hat bei einem Neurorezidiv des Optikus im Anschluß an die Infusion von Neosalvarsan sofort eine Gummibinde um den Hals angelegt und 24 Stunden in situ belassen. Der Erfolg war befriedigend. Wegen Mangel an genügendem Beobachtungsmaterial publiziert Verfasser diesen einen Fall, um zu weiteren Versuchen aufzufordern.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Frage der Parasitotropie und Toxizität des Salvarsans (Neosalvarsans), von Karl Ullmann-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 5.) Außerordentlich interessante und eingehende Versuche, die wert sind im Original nachgelesen zu werden. Das Ergebnis der Versuche war, „daß in syphilitischen Geweben am Menschen, in der Regel ebenso in der untersuchten tierischen Hodensubstanz, aber auch in sämtlichen untersuchten Blutbestandteilen von Ratten und Mäusen, in denen Naganatrypanosomen Rekurrensspirochäten enthalten waren, relativ recht starke Arsenmengen festgestellt werden konnten, während in allen Kontrolluntersuchungen von nicht spirillenhaltigem Gewebsmaterial ceteris paribus keine Spur von Arsen nachweisbar war.

Die Gleichstimmigkeit und Eindeutigkeit dieser Versuchsergebnisse im Zusammenhalt mit der Tatsache, daß auch große Mengen gesunder Haut, auch behaarter Kaninchenhaut, keine Spur von Arsen binden und ebensowenig entzündete und durch Bakterien nicht spirillenartiger Natur aller Art veränderte Haut von Menschen und Tieren unter denselben Bedingungen maximaler Behandlung mit Salvarsan, erscheinen demnach als vollgültige Beweise für die Richtigkeit der Annahme exquisiter spirillotroper Wirkung der beiden verwendeten Präparate (Alt- und Neosalvarsan)." W. Lehmann-Stettin.

Zur Frage der toxischen Wirkung des Salvarsans, von Jos. Igersheimer. (Ztschr. f. Chemother., 1912, 1. Teil, 1. Bd., H. 1.) Um die Frage der toxischen Natur der Neurorezidive der Luetiker zu klären, wurden von Grignolo Kaninchen mit Salvarsan subkutan behandelt. Verfasser weist nach, daß es sich bei den von Grignolo beobachteten und als Salvarsanintoxikation gedeuteten Veränderungen der nervösen Bestandteile der Augen einiger dieser Tiere, die mit kleinen Dosen behandelt waren, entweder um postmortale Erscheinungen oder um Veränderungen, die durch fehlerhafte Schnittrichtung vorgetäuscht waren, handelt. Aus einigen beigefügten Tabellen geht hervor, daß sich Kaninchen sehr resistent gegen Salvarsan verhalten und nie Degenerationsphänomene der Augen zeigen, selbst bei häufiger Injektion nicht unerheblicher Dosen. Katzen sind dagegen sehr empfindlich gegen Arsen. An der Netzhaut fand sich bei diesen nur bei subakuter Vergiftung mit sehr hohen Dosen eine erhebliche, bei

Digitized by Google

chronischer Intoxikation nur geringe Degeneration. Ein durch wiederholte Salvarsaninjektionen getöteter Hund zeigte normale Verhältnisse an den Augen.

O. Valentiner-Leipzig.

Kritische Studie über die angeblichen Salvarsantodesfälle, von Ivan G. Dreyfus. (Thèse de Genève, 1912.) Verfasser unterzieht die Literatur der „Salvarsantodesfälle" einer eingehenden Kritik und zeigt, daß wenige Fälle dieser Kritik standhalten. Er glaubt, daß nur in ganz seltenen Fällen von Syphilis, die mit organischen Gehirnerkrankungen einhergehen, wirkliche Todesfälle durch Salvarsananwendung möglich sind. — Umfangreiche Literaturzusammenstellung. Fritz Loeb-München.

Tod nach einer zweiten Salvarsaninjektion, von Dupuy. (Bull. soc. méd. chir. Indo-Chine, Okt. 1912.) Es handelte sich um eine 26jährige Chinesin mit seit fünf Jahren bestehender Lues. Sie hatte eine große Ulzeration des Gaumens mit Zerstörung der Uvula und Gummen der großen Labien. Da alle Organe gesund waren, bekam sie zuerst 0,3 Salvarsan intravenös, welches zwar am selben Tage Schwindel, Erbrechen und Dirrahoe hervorrief, aber sonst gut vertragen wurde. Infolgedessen bekam sie eine Woche später nochmals 0,25. Zuerst zeigten sich weiter keine Erscheinungen, aber am siebenten Tage nach der Injektion fiel die Patientin plötzlich um und bekam Krämpfe. Am 12. Tage nach der Injektion trat der Tod ein. Der Verfasser glaubt, daß es sich um zerebrale Hämorrhagie infolge von Salvarsan handelte. A. Gunsett-Straßburg.

Lokale Salvarsanapplikationen. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 1.) Folgende Formeln für lokale Salvarsanapplikationen werden angegeben:

Salvarsan 1,0, Vaselin, Lanolin ää 5,0, Salvarsan 1,0, Vaselin 10,0,

Salvarsan 1,0, Ol. Vaselini 9,0, Lanolin 1,0, Salvarsan 1,0, Glyzerin 1,0, Aq. dest. 9,0.

Für Applikationen im Munde gibt man besser alkalische Mischungen: Salvarsan 1,0, Soda 8 ccm, 4 der normalen 40%igen Lösung von Natronlauge, Aq. dest. 10,0.

Das Neosalvarsan ist für lokale Applikation geeigneter als das alte, da es viel weniger reizt: Neosalvarsan 1 : 10 Vaseline. A. Gunsett-Straßburg.

Beitrag zur therapeutischen Anwendung des Salvarsans bei nicht syphilitischen Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Hauterkrankungen, von Alfred Lubenau. (Diss., Straßburg, 1912.) Zweck der Arbeit ist es, die in der Literatur bis Ende 1911 publizierten Berichte über Salvarsananwendung bei nicht syphilitischen Erkrankungen zusammenzufassen und an der Universitäts-Hautklinik zu Straßburg i. E. beobachtete Fälle dieser Art beizusteuern, wobei nicht syphilitische Hautleiden besonders berücksichtigt wurden.

Sehr bald nach der Entdeckung des Salvarsans machte Iversen Versuche mit diesem Präparat bei 57 Fällen von Rekurrens. Er hatte dabei die glänzendsten Erfolge. Mit einmaligen, verhältnismäßig geringen Dosen (0,2—0,3 g), die er intravenös gab, kupierte er den Anfall und verhütete in 92% ein Rezidiv. Remesow berichtet über seine Erfolge mit Salvarsan in 135 Fällen von Rückfallfieber. Auch er rühmt dem Präparat eine vorzügliche Wirkung nach. Hervorragende Erfolge hat die Anwendung des Dioxydiamidoarsenobenzols auch bei der Framboësie. Über die glänzende Wirkung des Präparates bei dieser bis dahin schwer anzugreifenden Krankheit berichtet Strong. Alston berichtet über ausgezeichnete Erfolge mit Salvarsan bei Framboësie. Auch Castellani hatte bedeutenden Erfolg mit dieser Behandlung. Derselbe Verfasser publiziert auch seine Erfolge mit Salvarsan in vier Fällen von Pian Bois, einer Erkrankung, deren Ursache Verfasser auf Grund seiner Forschungen in zur Gruppe Leishmania gehörigen Protozoen sieht, und die er identifiziert mit Erkrankungen, die an anderer Stelle den Namen „Aleppo-, Delhibeule" tragen. Er hatte mit intra-

Digitized by Google

venösen Injektionen von 0,4—0,5 g Salvarsan besonders günstige Wirkung auf die Pian Bois zu verzeichnen. Nach EHRLICH wurde das Krankenhaus für Framboësie in Groningen in Holländisch-Guyana, Surinam, geschlossen, weil alle kranken Insassen durch Salvarsan geheilt worden waren. Ferner hat man Salvarsan angewandt bei Variola vera. Über die Anwendung des Dioxydiamidoarsenobenzols bei Lepra berichtet GIOSEFFI. Das EHRLICHsche Präparat ist auch bei der Malaria geprüft worden. Es wird über Erfolge, besonders bei der Tertiana berichtet. Nach den Versuchen von IVERSEN und WERNER hat das Salvarsan bei der Tertiana ausgezeichneten Erfolg. Bei Bilharzia hat JOANNIDES Versuche angestellt. Es scheint möglich, Bilharzia durch einmalige Injektion der Sterilisation zuzuführen. Auch bei der Togoform der Schlafkrankheit und bei Kála-Azar wäre die Therapia sterilisans magna möglich wie bei Rekurrens, Framboësie und der Tertianaform der Malaria. Über Behandlung der Lungenpest mit Salvarsan berichtet SCHREYER. Bei 14 Flecktyphuserkrankungen sah USKOFF Erfolge mit Salvarsan. BENNO HAHN berichtet über offenbar günstige Behandlung dreier Fälle von Chorea minor mit Salvarsan. BYROM BRAMWELL erwähnt zwei Fälle von perniziöser Anämie, bei denen durch intramuskuläre Salvarsananwendung eine auffallende und anhaltende Besserung der allgemeinen Symptome und des Blutbefundes erzielt worden wäre. GERBER publiziert ein günstiges Resultat mit Salvarsan bei zwei Fällen von Angina Vincenti und einem Fall von Skorbut. Angina Vincenti wurde von SOURDEL geheilt durch Applikation des Salvarsans in Pulverform auf die Ulzerationen. Die günstige Wirkung des EHRLICHschen Präparates auf Skorbut und alle spirochätenreichen Ulzerationen der Mund- und Rachenhöhle erkennen auch TUSCHINSKY und IWASCHENZOW an. SELLEI berichtet über die rasche Heilung eines Ulcus phagedaenicum, das monatelang den verschiedenartigen Behandlungsmethoden getrotzt hatte. Auch bei malignen Geschwülsten hat man Salvarsan versucht, leider mit wenig Erfolg. H. LOEB publiziert einen Fall von Verrucae planae juveniles. Pro Kilogramm Körpergewicht injizierte er 0,005 g Salvarsan. Darauf wäre nach Auftreten der HERXHEIMERschen Reaktion bereits am 6. Tag das Gesicht geheilt, am 19. Tag seien die Effloreszenzen auch an den Händen ohne Hinterlassung sichtbarer Spuren geschwunden. Am Ende der fünften Woche sei nichts mehr von der Dermatose zu konstatieren gewesen. WEILER konnte bei Warzen einen nennenswerten Erfolg mit Salvarsan nicht erzielen. H. LOEB sah in mehreren Fällen von Psoriasis vulgaris, von denen einer allerdings vorher schon häufig As beansprucht hatte, keinen Erfolg von Salvarsan. GLÜCK berichtet über drei Luesfälle, die mit Psoriasis vulgaris kompliziert waren. Die Effloreszenzen schwanden spurlos in 15—21 Tagen. FRAENKEL und GROUVEN veröffentlichten drei Fälle von Psoriasis vulgaris, bei denen sie Salvarsan anwandten. Einmal schnelles Abblassen. In den beiden anderen Fällen war die Therapie unwirksam. SELLEI macht ähnliche Angaben. SIESKIND hatte bei Psoriasis keine Erfolge. FAVENTO spricht von völligem Mißerfolg. MONTE-SANTO erwähnt einen Fall, bei dem eine Dosis von 0,4 g Salvarsan am 12. Tage den größten Teil der Effloreszenzen zum Schwinden gebracht hätte, während die vollständige Heilung am 18. Tage eingetreten wäre. SCHWABE publiziert vier Fälle von Psoriasis vulgaris, in denen Salvarsan gegeben wurde. BETTMANN erwähnt, daß bei einer Psoriasis vulgaris zwei Salvarsaninjektionen keinen Erfolg gehabt hätten. CIARROCHI und BARTERA sahen keine Wirkung auf die Hauterkrankung, desgleichen nicht bei Skrophulöderma, Lupus vulgaris und Ichthyosis. Über Salvarsan bei Lichen ruber planus schrieben FRAENKEL und GROUVEN: ausgezeichnete Wirkung. FAVENTO

Digitized by Google

hatte mit Salvarsan bei einem Falle von Lichen ruber planus keinen Erfolg. WEILER hat eine nennenswerte Wirkung auf Lichen ruber planus nicht feststellen können. SCHWABE erwähnt einen Fall von Lichen ruber planus, bei dem nach Injektion von 0,5 g Salvarsan die Erkrankung wohl schnell zurückging, aber nach zehn Tagen ein sehr starkes Rezidiv auftrat. H. LOEB publiziert einen Fall von Lichen simplex chronicus Vidal, bei dem auf Anwendung des Salvarsans die Erkrankung in einigen Tagen spurlos geschwunden sei. Auch SCHWABE erzielte mit Salvarsan bei gleicher Krankheit einen sehr guten Erfolg. FRAENKEL und GROUVEN hatten bei drei Fällen von Pemphigus chronicus recht beachtenswerte Erfolge. In einer Arbeit über Salvarsan- und Chininbehandlung des Pemphigus vulgaris stellt HANS MERZ fest, daß bei dem Falle seiner Beobachtung Salvarsan versagt hätte, während Chinin in großen Dosen (65 g in 59 Tagen) Heilung bewirkte. Über den prompten Einfluß von Salvarsaninjektionen auf zwei Fälle von Pemphigus vegetans berichtet SPIETHOFF. MONTE-SANTO führt einen Fall von Pityriasis rubra an, bei dem 0,4 g Salvarsan vier Tage nach der Injektion eine sichtbare Besserung herbeigeführt hätten.

Nach diesem Überblick über die Literatur des interessierenden Gegenstandes läßt Verfasser die Krankengeschichte einiger Fälle von nicht syphilitischen Erkrankungen folgen, die in der Universitäts-Hautklinik zu Straßburg i. E. behandelt wurden, und bei denen auf Anweisung Prof. WOLFFs gleichfalls Salvarsan angewandt wurde. Es handelt sich um: einen Fall von Pemphigus vegetans, drei Fälle von Psoriasis, einen Fall von Verrucae planae juveniles, zwei Fälle von Lichen ruber planus, zwei Fälle von Lichen simplex chronicus, einen Fall von klinisch typischer Mycosis fungoides, einen Fall von torpidem ekthymaähnlichem Geschwür, einen Fall von Pemphigus malignus, einen Fall von Dermatitis herpetiformis DUHRING, einen Fall von Leukaemia cutis.

Auf Grund der Beobachtungen bei diesen Fällen unternimmt es Verfasser, ein Urteil darüber abzugeben, bei welchen nicht syphilitischen Erkrankungen man von Salvarsan nichts, bei welchen man nur wenig oder unsichere Wirkung, und schließlich, bei denen man guten oder vorzüglichen Erfolg zu hoffen hat. Von der Anwendung des Salvarsans in jedem Falle rät er ab, zunächst bei Psoriasis vulgaris. Die Begründung geht deutlich aus dem berichteten Material hervor. Das meist so prompt wirkende Chrysarobin bleibt, eventuell mit Unterstützung durch Hydrarg. praecip. album, bei dieser Erkrankung das souveräne Mittel. Zudem ist bei diesem Leiden die Frage bei Indikationsstellung bezüglich der Therapie zu erheben, ob überhaupt ein so differentes Mittel wie Salvarsan am rechten Platze ist. Lepra, Ulcera mollia und die lupösen Erkrankungen bieten für die Anwendung des EHRLICHschen Präparates auch kein Feld, sollte nicht die akut-roborierende Wirkung des Salvarsans im ersteren Falle erwünscht sein. Diese Wirkung der roborierenden Komponente dürfte wohl auch bei Lungenpest hin und wieder versucht werden. Großen Erfolg dürfte man auch von Salvarsan nicht erwarten bei den meisten Pemphigusarten. Doch ist hierbei in Anbetracht der infausten Prognose oder der Hartnäckigkeit gegenüber jeder anderen Behandlung ein Versuch mit Salvarsan immerhin indiziert. Bei einem Pemphigus vegetans muß durchaus zu Salvarsan geraten werden mit Rücksicht auf den Heilerfolg beim Falle des Verfassers und die Erfolge SPIETHOFFS in zwei Fällen. Der glänzende Erfolg mit Salvarsan, den POTEMSKY in einem Falle von Leukaemia cutis sah, und der das vom Verfasser in einem Falle gleicher Erkrankung gesehene Resultat weit übertrifft, rechtfertigt immerhin die Anwendung des Prä-

Digitized by Google

parates bei dieser Erkrankung. Bei sehr zahlreichen Verrucae planae juveniles, bei hartnäckigem Lichen ruber planus, bei Lichen chronicus VIDAL käme Salvarsan in Betracht. Bei Lichen ruber planus rät Verfasser, mit Rücksicht auf seinen Erfolg in einem Falle, eventuell zur subkutanen Applikation des Mittels. Bei Pian Bois, Bilharzia, der Togoform der Schlafkrankheit und Kálar-Azar ist, den spärlichen Berichten nach zu urteilen, Salvarsan gleichfalls indiziert, und es kann hierbei eher auf eine gute Wirkung des Präparates gerechnet werden. Bei Skorbut, Angina Vincenti und allen anderen Spirillenerkrankungen der Mund- und Rachenhöhle weist Salvarsan große Erfolge auf. Die größten und glänzendsten Heilwirkungen aber erzielt man durch Dioxydiamidoarsenbenzol bei Framboesie und Rekurrens, dem klassischen Beispiel einer Spirillenerkrankung.

Im Nachtrag berichtet Verfasser über einen Fall, der von mehreren Spezialisten als Dermatitis herpetoformis DUHRING diagnostiziert worden war, und bei welchem Prof. WOLFF die Diagnose Lichen circumscriptus bullosus stellte. Er wurde mit drei Einspritzungen von Salvarsan vollständig geheilt. Fritz Loeb-München.

Über den Einfluß des Salvarsans auf das Gehörorgan, von E. RIMINI-Triest. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 2.) Verfasser veröffentlicht die Krankengeschichten von acht mit Salvarsan behandelten Luesfällen, die 4—8 Wochen später taub wurden oder bleibend schwerhörig. Er erklärt sich das Zustandekommen der Hörstörungen durch reaktive Entzündungen im Akustikus oder dessen Verzweigungen. Verfasser warnt deshalb, die Salvarsanbehandlung vorzunehmen bei gleichzeitigen Ohrerkrankungen, die nichts mit Lues zu tun haben; bei luetischen Ohrerkrankungen dagegen besteht keine Kontraindikation.

Viktor Caesar-Dresden.

Unsere Erfahrungen mit Hexal, von OTTO A. KOWANITZ-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 1.) Nach den bisherigen Erfahrungen hat Hexal keine Störungen im Gefolge; es vermehrt die Diurese, wandelt alkalischen Harn in sauren um, klärt den Urin und hat stets eine ausgesprochen sedative Wirkung.

Die zweckmäßig erscheinende Kombination von Sulfosalizylsäure und Hexamethylentetramin hat fraglos eine raschere Wirkung als das Hexamethylentetramin allein; die Wirkung entspricht im großen ganzen jener des Hexamethylentetramins, der Preis ist bedeutend geringer als der des Urotropins.

W. Lehmann-Stettin.

Verschiedenes.

An der Universitätsklinik für Geschlechts- und Hautkrankheiten in Wien (Vorstand: k. k. Ob.-San.-Rat Prof. FINGER) wurde über ministerielles Ansuchen des Akademischen Vereins für Sexualhygiene und der Österreichischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ein **Ambulatorium** zur unentgeltlichen Behandlung **geschlechtskranker Hoch- und Mittelschüler** errichtet.

Der Urologe Dr. OSKAR PIELIKE-Berlin ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

7. Juni 1913 | Nr. 23 | Band 56

Praktische Bemerkungen zur Diagnose der pellagrösen Hautveränderungen.

Von

Dr. Guido von Probizer,
k. k. Landes-Sanitätsrat und Direktor des Pellagrosariums in Rovereto.

(Mit 1 Tafel.)

Lombroso, dem zweifellos umfassende Beobachtungen das Entwerfen des klinischen Bildes der Pellagra gestatteten, schrieb folgendes: „Die Pigmentation und Abschuppung der Haut, bei welchen die meisten stehen bleiben, sind nicht die Haupterscheinungen der Pellagra, ausgenommen für jene, die sich von der Homophonie des Wortes leiten lassen.“ Meine praktische Erfahrung hat mich zu der gleichen Überzeugung geführt. Dieser Ausspruch des Meisters vermag jedoch das karge Interesse und die Verspätung in dem Beginne eingehender Studien über die Hauterscheinungen bei Pellagra nicht zu rechtfertigen. Selbst Hebra, eine der Koryphäen der positiven Wiener Schule, die der medizinischen Wissenschaft im vorigen Jahrhunderte so großen Glanz verliehen hat, liefert uns kein genaues Hautbild der Pellagra und vermag Strambio und P. Stoffella [1]) sowie andere ältere Autoren an Farbe und Anschaulichkeit nicht zu übertreffen. Wir müssen bis zu unseren Tagen gelangen, um ein größeres Interesse an dem pellagrösen Erythem konstatieren zu können, dessen Bedeutung keinesfalls verkannt werden darf. Andererseits müssen wir uns aber gegenwärtig halten, daß selbst das Fehlen des Erythems die Diagnose „Pellagra“ nicht erschüttern kann, falls andere Symptome das Bild vervollständigen [2]). Allein von dem Tage an, wo das Studium dieser einfachen, dem Auge wahrnehmbaren Krankheitserscheinung intensiver wurde, folgten einander immer ausführlichere Beschreibungen dieser Form, entfesselten sich mehr minder scharfe Diskussionen, ohne jedoch, meiner Ansicht nach, das Problem vollständig zu lösen. Ich sehe mich hier genötigt — weit

[1]) Vgl. G. de Probizer, Un medico roveretano precursore nello studio della pellagra. Atti dell' J. R. Accad. di Scienze, Rovereto 1909. — [2]) Devoto, Ätiologie und Klinik der Pellagra. Wiener med. Wochenschr., 1913, Bd. 63, S. 22.

Digitized by Google

entfernt von jedweder persönlichen Eitelkeit — die Resultate hervorzuheben, die ich innerhalb der Grenzen meines engeren Heimatlandes auf dem Gebiete der Pellagraforschung erreicht habe, indem ich die Aufmerksamkeit der maßgebenden Faktoren auf die Schwere der Endemie lenkte und dadurch die Errichtung des Pellagrosariums zu Rovereto anbahnte. Nach energischer Eröffnung des Feldzuges gegen die Pellagra, der zu dem gegenwärtigen Resultate führte, und nachdem endlich die wirkliche Intensität der Endemie überzeugend dargetan war, gelang es unserer Beharrlichkeit, bei den Innsbrucker Klinikern ein regeres Interesse für diese Krankheit zu erwecken.

Tatsächlich war das Pellagrosarium von Rovereto in den ersten Zeiten seines Bestandes durch die Bestimmungen seiner Statuten nicht in der Lage, sensationelles Material zu liefern, zumindest nicht für solche, die noch nicht einmal wußten, was Pellagra sei! Ähnlich wie im Pellagrosarium von Inzago (bei Mailand) wurden auch bei uns zunächst nur erblich belastete pellagröse Kinder beiderlei Geschlechts behandelt, somit zumeist verdeckte Initialformen der Pellagra. In diesem Stadium kommen jedoch Erytheme selten vor. Es mußte daher bald nach reicherem Material Umschau gehalten werden, das sich auch unschwer finden ließ. Nachdem durch geeignete Verfügungen die Anstaltsstatuten abgeändert waren, strömten sogleich Erwachsene mit ausgesprochen dermatologischen Krankheitsformen herbei, und alsbald ward auch ein größeres Interesse an dem Kampfe gegen die Geißel der Pellagra erweckt.

Um die Jahrhundertwende konnte endlich mit den Klinikern der Universität Innsbruck und namentlich mit den Vorständen der dermatologischen und der psychiatrischen Klinik ein Einvernehmen erzielt werden, demzufolge Kranke aus dem hiesigen Pellagrosarium an diese Kliniken abgegeben wurden. Leider stellten sich aber der Überführung der Kranken nicht geringe Schwierigkeiten entgegen. Selten entschließen sich die Patienten um eines bloßen Erythems willen zur Reise; schwerere Kranke, wie z. B. solche mit Pellagra-Typhus sind überhaupt nicht leicht zu transportieren; nur die mit pellagröser Psychose behafteten können auch nolens volens instradiert werden. Es muß ferner auch mit der instinktiven Abneigung der Pellagrakranken, als solche gebrandmarkt zu erscheinen, gerechnet werden.

Jedenfalls habe ich meinerseits das möglichste getan, um klinisches Material zu liefern, wodurch auch dem damaligen Vertreter der Dermatologie an der Universität Innsbruck, Prof. Dr. J. H. Rille, die Möglichkeit geboten ward, als erster das Thema der Pellagra nicht nur in seiner Klinik zu behandeln, sondern auch unsere Kranken durch Vorführung in der wissenschaftlichen Ärztegesellschaft zu Innsbruck literarisch

Digitized by Google

zu verwerten[1]). In seinem damals erschienenen, sehr geschätzten Werke über Hautkrankheiten ist auch den Hauterscheinungen der Pellagra ein Kapitel und eine Abbildung gewidmet[2]). Das knappe Material, über welches die gedachten Kliniken verfügten, konnte begreiflicherweise den Stand der lokalen Pellagraendemie nicht widerspiegeln. Diese nahm fortwährend an Intensität zu und erreichte 1903 und 1904 ihren Höhepunkt. Gleichzeitig, und zwar in den Jahren 1902/03 befand sich jedoch unser Pellagra-Landesgesetz in Vorbereitung, das im Februar 1904 die kaiserliche Sanktion erhielt. In jener Zeitperiode bekam Rilles Nachfolger in Innsbruck, Prof. Dr. L. Merk, ein reichliches Material vor Augen, das ihn auch zu eingehenden Studien über die äußeren Formen der Pellagra veranlaßte. Da gleichzeitig verschiedene prägnante Hautfälle im Pellagrosarium von Rovereto vereinigt waren, so ließ er durch den Wiener Universitätsmouleur Dr. K. Henning eine Serie prachtvoller Moulagen anfertigen, welche die illustrative Basis seines einschlägigen Werkes bilden[3]). Diese Moulagen hielten ihren Einzug in die wissenschaftliche Welt auf der denkwürdigen Naturforscherversammlung zu Meran, 24.—30. September 1905, wo sie lebhaftes Interesse erregten. Eine ganze Sitzung wurde der Erörterung der Pellagra gewidmet, und es sprachen hier v. Neusser, Tuczek, Sturli und v. Haberler, während Merk speziell die Erörterung der Hauterscheinungen auf Grund dieser Moulagen sowie von Projektionsbildern ähnlicher Hautaffektionen vorbehalten blieb.

Bereits in dieser Sitzung entspann sich eine lebhafte, durch Rille inaugurierte Diskussion über die Erythemformen, welche mit dem echten pellagrösen Erythem verwechselt werden können und die Diagnose des letzteren erschweren. Es liegt mir fern, die bei diesem Anlasse entstandene Polemik wiedergeben zu wollen. Es genüge zu konstatieren, daß durch die von Merk vorgezeigten Moulagen die deskriptive Seite der Pellagra eine Bereicherung erfahren hat. Auf diesem relativ wenig bearbeiteten Gebiete ist durch die Zusammenfassung aller seiner Beobachtungen ein Fortschritt zu verzeichnen. Dennoch fehlte dem von Merk in treuer Wiedergabe und lebhaften Farben entworfenen Bilde der verschiedenen Formen des Pellagroderma die gesicherte Basis der histologischen Untersuchungen. Das schon in Meran speziell von Rille kurz gestreifte Thema der Pseudo-Pellagra, der pellagroiden Formen usw.

---

[1]) Rille, Drei Fälle von Pellagra. Wiener klin. Wochenschr., 1899, S. 759f. — Fall von Pellagra. Ebenda, 1900, S. 699. — Syphilis und pellagraähnliche Hautveränderungen; pseudopellagröses Erythem der Handrücken; Fall von Pellagra. 1900, S. 1151f.; Zwei Fälle von Pellagra. Ebenda, 1901, S. 882. — [2]) Rille, Lehrbuch d. Haut- u. Geschlechtskrankh., Jena 1902, S. 36f. — [3]) Merk, Le manifestazioni cutanee della Pellagra, Innsbruck, 1909.

Digitized by Google

tauchte auch auf dem letzten Pellagrakongresse (Bergamo, 9.—11. September 1912) wiederum auf, und zwar unter verschiedenen Benennungen, wie hybrides Erythem (Pellagra = Alkoholismus), Sonnenerythem, Scottanella, usw., und gab hier zu lebhaften Diskussionen Anlaß. Es war klar und wurde von Merk auf diesem Kongresse selbst zugegeben, daß die seinerzeit von ihm gegebene Darstellung des Pellagroderma ausschließlich in der äußerlichen makroskopischen Beschreibung der Hautveränderungen bestanden habe; der Grund hierfür lag, wie er versichert, in dem Mangel an geeignetem Untersuchungsmateriale. Man warf daher mit Recht hier die Frage auf: wie sich dieser Materialmangel erkläre, nachdem Fiocco doch in derselben Sitzung unsere Gegend, das Trentino, wegen ihres Reichtumes an pellagrösem Hautmaterial, das ja die Basis der Merkschen Monographie bildet, geradezu beneidete; waren doch diese abwechslungsreichen dermatologischen Objekte, die den Henningschen Moulagen als Vorlage dienten, im Roveretaner Pellagrosario ziemlich gleichzeitig vorhanden gewesen, und es hatte diese Epoche bezüglich Intensität den Höhepunkt der Pellagraendemie in allen ihren Formen gebildet. Dieser anscheinende Widerspruch ist wohl dahin zu erklären, daß einerseits die Innsbrucker Klinik über kein für histologische Studien geeignetes Pellagramaterial und andererseits unser Pellagra-Krankenhaus zu Rovereto über keinerlei Laboratoriumsbehelfe verfügte. Ich will nicht beurteilen, ob diese von Prof. Merk selbst beklagte Lücke in anderer Weise hätte ausgefüllt werden können. Die von v. Neusser am Meraner Kongresse geforderte Errichtung eines internationalen Institutes für Pellagraforschung tauchte in Bergamo in veränderter Form wieder auf. Aus den verschiedenen Tagesordnungen, die eingebracht wurden, geht hervor, welch tiefes Bedürfnis nach Laboratoriumstudien an Ort und Stelle besteht, um so endlich zu präzisen und sicheren Schlüssen in ätiologischer und histologischer Beziehung gelangen zu können.

Die Betrachtungen über diese Wünsche und Mängel vermögen jedoch nicht im mindesten den Wert der vielfältigen Studien herabzusetzen, die bis jetzt über Pellagra gemacht worden sind; sie sind vielmehr kostbare Beihilfen, sowohl durch die Wahrheiten, die sie enthalten, als auch durch den Widerspruch, den sie gelegentlich hervorrufen. Denn gerade die Lebhaftigkeit der Debatten, die Tendenz der Jugend, das Bestehende niederzureißen, wie auch die kaustischen Bemerkungen der Skeptiker nötigen uns alle zu jener steten Waffenbereitschaft, zu welcher Antonini mahnt, um so zur Lösung des Pellagraproblemes gelangen zu können.

Um aber für dieses Mal ausschließlich auf dermatologischem Gebiete zu verbleiben, muß eines Berichtes besonders gedacht werden, den Fiocco

Digitized by Google

am letzten Pellagrakongresse vorgebracht hat[1]). Hochinteressant erscheint dieser dadurch, daß hier zum ersten Male der histologische Befund der pellagrösen Hauterscheinungen als Grundlage benutzt wird. Reicht auch meine persönliche Erfahrung nicht aus, um den Ausführungen von Fiocco noch weiteren Nachdruck zu verschaffen, so erscheinen mir diese doch von solcher Wichtigkeit, daß ihnen in Hinkunft die Beachtung und Nachprüfung seitens anderer Dermatologen nicht versagt bleiben darf. Der große Fortschritt in Fioccos Darlegungen gipfelt darin, daß nunmehr hoffentlich die positive Basis gegeben ist, um die Diagnose der verschiedenen Erythemmorphen vom mikroskopischen Standpunkte aus zu stellen. Denn es ist klar, daß wir, insolange die Pellagrodermdiagnose nicht histopathologisch fundiert ist, niemandem das Recht einräumen können, seine mehr minder subjektiv gehaltenen Darstellungen als feststehende Tatsachen zu proklamieren. Es ist vollkommen begreiflich, wenn der Dermatolog sich ein mit mehr minder lebhaften Farben ausgeführtes Schema der pellagrösen Hauterscheinungen zurechtlegt, um es dem Gedächtnisse seiner Schüler besser einzuprägen. In der Praxis jedoch ergeben sich Fälle, die eine genaue Klassifikation nicht immer zulassen und die von Merk als typisch beschriebenen Formen nicht aufweisen. Man könnte nun sagen, daß eben solche Fälle, weil sie in jenem Schema nicht Platz finden, über dessen Rahmen hinausragen. Gerade diese Fälle sind es aber, denen wir die vielen zweifelhaften Diagnosen verdanken, und die die ganze Stufenleiter von der einfachsten Dermatitis bis zu den pemphigoiden Formen repräsentieren. In meiner Praxis sind mir unterschiedliche dieser Fälle vorgekommen, die ich zur Bestätigung meiner Diagnose anderen Kollegen überwies, ihnen die Bewertung der zum Pellagroderma gesellten Symptome überlassend, um auf Grund dieser die Diagnose auf Pellagra unzweifelhaft feststellen zu können. Solche Fälle erhalten Bedeutung durch ihre häufige Wiederkehr in der Kasuistik; mehrfache Publikationen beschäftigen sich mit ihnen. So beschrieb erst kürzlich Fiorani[2]) einen Fall von pellagrösem Erythem, das sich über einem Erythema solare entwickelt hatte. Sicherlich sind verschiedene Kombinationen von pellagrösen Erythemen mit den Hautmanifestationen anderer Krankheiten möglich. Wenngleich ich mir kein Urteil darüber zutraue, ob Hybridismen entstehen können, die das Krankheitsbild zu verwirren imstande sind, möchte ich doch bemerken, daß überhaupt noch nicht klar dargetan ist, was aus der Koinzidenz von pellagröser und alkoholischer Diathese entsteht. Wie dem auch sei, unzweifelhaft ist, daß wir bisher

[1]) Fiocco, Istopatologia dei Pellagrodermi. V. Congresso pellagrologico italiano, Bergamo, 9—11 Settembre 1912, S. 305—310; Udine 1912. — [2]) Fiorani, Erythema pellagrosum und Erythema solare. Arch. f. Derm. u. Syph., 1912, Bd. 112, S. 116 f.

Digitized by Google

einer sicheren diagnostischen Grundlage entbehrten. Fiorani wirft auch die Frage auf, ob die in Merks Monographie zitierten, atypisch an dem Sonnenlichte nicht ausgesetzten Körperstellen lokalisierten pellagrösen Erytheme, die bei pellagrösen Individuen gefunden werden, nicht vielleicht anderweitigen Erythemen nichtpellagröser Natur angehören könnten. In der Tat glaubt man in dem von Fiorani so gut beschriebenen Falle zwei verschiedene Erytheme vor Augen zu haben; hätte hier der histologische Befund vermocht, zwischen den beiden Erythemen eine positive Grenze zu ziehen? In seinem, am Kongresse zu Bergamo gehaltenen Vortrage „Alkoholismus und Pellagra", beschreibt Merk [1]) einige vom diagnostischen Standpunkte sehr bemerkenswerte Beobachtungen. Zwei dieser Fälle hatte ich selbst zu sehen Gelegenheit. Der eine davon, welcher mir in der Innsbrucker dermatologischen Klinik vorgeführt wurde, betrifft eine Frau mit äthylischem (?) Erythem der Hände. Wäre dieser Fall in einer Pellagragegend vorgekommen, so hätte die oberflächliche makroskopische Untersuchung leicht zu einer Fehldiagnose führen können. Meine praktische Intuition bewahrte mich vor diesem Fehler, und ich erhielt auch auf meine Frage, ob die Kranke Alkoholikerin sei, eine bejahende Antwort.

Der zweite Fall erschien bei mir im Pellagrosarium und wurde von da an die Innsbrucker Klinik abgegeben. Von Prof. Merk wurde für die kutane Krankheitsform dieses Falles die neue Bezeichnung: „Erythema irresistentium" vorgeschlagen, die in dem italienischen Kongreßberichte mit: „eritema dei difettivi" (?) übersetzt erscheint. Ursprünglich war hierfür vom Vortragenden die Benennung: Erythema cachecticorum in individuo pellagroso" gewählt worden. Ohne hier in Fragen der dermatologischen Spezialwissenschaft eindringen zu wollen, erscheint mir die Aufstellung eines neuen Namens auf einen einzigen Krankheitsfall hin schon an sich sehr gewagt, umsomehr als dieser letztere meiner Ansicht nach den gleichen Charakter hatte wie andere von mir beobachtete sichere Pellagrodermen. Der Ausdruck „Erythema irresistentium", der in der deutschen Wiedergabe als „Erythem der Geschwächten" noch an Deutlichkeit gewinnt, scheint mir dem einfachen pellagrösen Erythem eine nicht genügend gerechtfertigte Konkurrenz zu machen, denn welcher Krankheitsprozeß macht widerstandsloser (geschwächter) und im Falle wiederholter Rezidive so sehr kachektisch als gerade die Pellagra? Bei einem unzweifelhaft mit Pellagra behafteten Kranken, der bei der Untersuchung ein bullöses Erythem aufweist, erscheint mir demnach die Klassifikation „kachektisches Erythem anderer (d. i. nicht pellagröser) Natur auf Grundlage der

[1]) Merk, Alcoolismo e pellagra. V. Congr. pellagr. ital., S. 288—299.

Digitized by Google

pellagrösen Kachexie", schwerlich gerechtfertigt. Selbst die Jünger der Lussanaschen hypoalimentären oder aplastischen Schule geben zu, daß die gewohnheitsmäßige und fast ausschließliche Ernährung mit Polenta einen Zustand allgemeiner Schwächung erzeugt, welcher den Pellagrakranken durchaus eigentümlich ist. Wenn nun die Kliniker, um das von ihnen entworfene pathologische Bild nicht zu trüben, Benennungen wie Pseudopellagra, pellagroides Erythem, hybrides Erythem und dgl. bekämpfen, so bin auch ich der Ansicht, daß noch weitere solche neue Bezeichnungen durchaus nicht zur Deutlichkeit beitragen, es sei denn, daß die betreffende als neu hingestellte Abart durch unwiderlegliche histologische Veränderungen definiert würde.

An dieser Stelle sei ein vor kurzem — bereits nach Abschluß dieser Arbeit — von mir beobachteter Krankheitsfall ausführlicher mitgeteilt.

G. M. aus Tramin bei Bozen, 33 Jahre alt, stellt sich am 21. April d. J. bei mir im Pellagrosarium von Rovereto vor, um sich wegen eines Erythems an den Händen Rat zu erbitten. Aufgefordert in stationärer Behandlung zu verbleiben, erscheint er am 27. April zum zweiten Male, und es wird folgende Anamnese aufgenommen:

P. gehört dem Bauernstande an und befindet sich in guten ökonomischen Verhältnissen. Vater und Mutter sind noch am Leben, ersterer 63, letztere 73 Jahre alt; beide erfreuen sich guter Gesundheit, wie auch sein Bruder und 3 Schwestern.

Im Alter von 22 Jahren erlitt er ein Trauma am Perineum mit Urethralhämorrhagie und Blasenkatarrh. Vor etwa 7 Jahren hätten sich Magenschmerzen bei ihm eingestellt, die in Begleitung von Magen- und Gedärmebrennen, Frühjahrsdiarrhöe und allgemeiner Schwäche auftraten.

Vor 6 Jahren erschien in der ersten Hälfte Februar ein symmetrisches Erythem auf den Handrücken, das auf der linken Hand ausgesprochener war als auf der rechten. Dieses Erythem wiederholte sich seither alljährlich mehr minder stark. Zweimal zeigten sich am Vorderarme und am Ellbogen zwei erythematöse Oasen (atypisches Erythem). Das Erythem währte stets bis zum Eintritte der Hitze (zweite Hälfte Juni). Der erste behandelnde Arzt verbot ihm, sich mit Wasser zu waschen, offenbar im Glauben, es handle sich um ein Ekzem.

Nach drei Jahren, als P. seine Haut atrophisch werden sah, „wie bei alten Leuten", konsultierte er Dr. Gerber, einen bezüglich Pellagra erfahrenen deutschen Gemeindearzt, welcher die Diagnose auf Pellagra oder „Polentakrankheit" stellte. Der Kranke erzählt weiter, daß er, um die Schwäche zu überwinden, zu trinken begann, zwar nicht übermäßig, doch immerhin 2—3 Liter guten Weines, und selbst noch mehr im Tage.

Status praesens. Gut genährtes Individuum. Iris normal reagierend, Augenzwinkern. Zunge leicht fibrillär zuckend, kein Zittern der gespreizten Finger. Sicherer Gang, auch bei geschlossenen Augen. Patellarreflexe sehr gesteigert, Plantar- und Beinhautreflexe lebhaft; Chwostek fehlt. Der stark mit Uraten versetzte Harn zeigt weder Eiweiß noch Zucker. Die inneren Organe, Leber und Milz inbegriffen, normal. Leicht ikterische Färbung der Sclerotica. An beiden Handrücken ein Erythem, welches bis zum Handgelenke reicht, und in der Abschuppung, teilweise auch im Verschwinden begriffen ist. P. gibt an, nie eine scharfe Abgrenzung desselben bemerkt zu haben.

Es hat sich Mitte Februar entwickelt, und der Kranke meint, es werde nach seiner Erfahrung bis spät in den Juni andauern.

Digitized by Google

Die Beschreibung dürfte ungefähr mit der in der Merkschen Monographie, § 35, gegebenen übereinstimmen. Die Haut der Handrücken ist von bräunlich-roter, metallischer Farbe, das Aussehen lamellär-schuppig, die Schuppen schmutzig-weiß, weder rhomboidal, noch rechteckig; die Abgrenzung der gesunden Haut ist an beiden Händen weder scharf noch ganz symmetrisch (vgl. die Abbildung, Tafel 8).

Besonders hervorzuheben sind folgende Momente:

Ein Individuum aus wohlhabender Familie sieht sich sieben Jahre vor seiner jetzigen Erkrankung behufs Überwachung der Feldarbeit, im Gegensatze zu den übrigen Familienmitgliedern genötigt, öfter mit seinen Arbeitern außer Hause Polenta (Maisbrei) zu essen. In der Traminer Niederung wächst der Mais in feuchtem Boden mit hohem Stande des Grundwassers und wird in ebenerdigen, feuchten Lokalen verwahrt; das Polentamehl aus jener Gegend genießt keinen guten Ruf. Vor sechs Jahren erscheint im Februar das erste Erythem, welchem Verdauungsstörungen vorangehen. Der Schwächezustand des Frühjahrs wird durch reichliches Weintrinken, 2, 3, selbst 4 Liter täglich, bekämpft. Der Genuß von Polenta ist in den letzten sechs Jahren auf die Monate November und Dezember, und zwar zweimal wöchentlich, beschränkt.

Der Fall ist in den folgenden Punkten besonders interessant:

1. Es stellt sich ein Kranker vor, der sich vor sieben Jahren mit Maismehl verdächtiger Qualität nährte und Verdauungsstörungen aufwies, die der Pellagra zugeschrieben werden können.

2. Das Erythem erscheint zum ersten Male vor sechs Jahren, wird als pellagrös erkannt und hat die beinahe völlige Abstinenz von Polentanahrung zur Folge. Nur durch zwei Monate des Jahres wird zweimal wöchentlich vom P. und den übrigen Familiengliedern Polenta gegessen: letztere bleiben von ähnlichen Krankheitserscheinungen verschont.

3. P. ist seit sechs Jahren Trinker, wenn auch kein starker; er selbst bezeichnet sich als solchen.

4. Das Erythem ist periodisch und von langer Dauer (von Hälfte Februar bis tief in den Juni), also zu einer ungewöhnlichen Zeit, so daß meiner Ansicht nach die Annahme einer Verbindung zwischen der vorhergegangenen, kurzen Periode der Polentanahrung und dem Erscheinen des Erythems bei einem ausnehmend sensibeln und auf diese Nahrung reagierenden Individuum nicht ganz ausgeschlossen erscheint.

5. Das Erythem ist gegenwärtig in Abnahme begriffen, es zeigte jedoch, wenigstens nach Angabe des Kranken, auch auf seinem Höhepunkte, niemals den hyperkeratotischen Rand. Wenn eine Hyperkeratose überhaupt besteht, so ist sie kaum angedeutet an kleinen Herden im Zentrum der Handrücken, in Begleitung von leichten Rhagaden und kleienartiger, weder rhomboidaler, noch rechteckiger Abschuppung.

Die Diagnose muß in diesem Falle zweifellos auf pellagröses Erythem bei einem Trinker gestellt werden. Das Auftreten des Erythems im Februar spricht nicht für ein Sonnenerythem, auch in Anbetracht des Umstandes, daß es auf der linken Hand stärker auftritt als auf der rechten, während die rechte Hand beim Rebenschnitte, der auch im Februar vorgenommen wird, der Sonne mehr ausgesetzt ist. Es muß hinzugefügt

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

werden, daß das Erythem nicht plötzlich, von einem Tage zum anderen, und mit stürmischen Erscheinungen auftritt, und zwar ohne Spannung der Haut, ohne Jucken. Es ist sonach auch dieses Erythem atypisch in seinem Verlaufe und in seiner Dauer. Tatsächlich hat eine zweiwöchige Behandlung im Pellagrosarium, bei Einschränkung des Weingenusses, eine rasche Hebung der Kräfte und des Allgemeinbefindens erzielt, wie sie, nach Ausspruch des Patienten, seit sechs Jahren nicht bestanden hatte.

Betrachtet man diesen Fall vom Standpunkte des praktischen Arztes, so muß dem Mißbrauche des Alkohols ein gewisser Einfluß auf den abnormen Verlauf des Erythems eingeräumt werden, wenngleich ich mir vom lediglich dermatologischen Standpunkt aus ein abschließendes Urteil hierüber nicht anmaße. Die Bezeichnung Majocchis „pellagroid-alkoholisches Erythem" wäre wohl auch für diesen — wie ich meine — hybriden Fall passend; sie befriedigt den praktischen Arzt und erscheint mir annehmbar.

Auf dem Kongresse von Bergamo behandelte demgegenüber Fiocco den Gegenstand in einer Weise, die der Hoffnung auf das Verschwinden derartiger Unsicherheiten Raum gibt. Außerstande hier die Ausführungen des venezianischen Dermatologen zusammenzufassen, beschränke ich mich darauf, seine Antwort auf die Frage, ob wirklich ein histologischer Unterschied zwischen Pellagraerythem und anderen ähnlichen Dermatosen des Handrückens bestehe, wie folgt wiederzugeben. Er sagte: „Viele Erytheme, Ekzeme usw., die nichts mit Pellagra zu tun haben, jedoch begreiflicherweise auch in Pellagragegenden vorkommen können, haben einen ausgeprägt entzündlichen Charakter. Die infektiösen Erytheme unterscheiden sich scharf vom pathologischen Bilde der Pellagra. Diese Formen werden durch einen überaus reichlichen Zufluß von polynukleären Leukozyten charakterisiert. Das Pellagroderma hingegen weist in seinem erythematösen Stadium reichlichen Serumzufluß auf. Die Epidermis kann hypertropisch erscheinen, jedoch nur infolge des Ödems; es fehlt der Zufluß von Leukozyten. Das Ödem kann im Epithel sogar parenchymatös werden. Der Serumzufluß hat die Auflösung der Epithelzellen zur Folge und kann so die Bildung von Bläschen ohne Parakeratose und ohne Akanthose verursachen, jedoch mit Zerstörung des Protoplasmas." Ein tieferes Eingehen ist hier nicht möglich, doch muß das Urteil Fioccos wiedergegeben werden, mit welchem er seinen Bericht und die betreffende Diskussion schließt. Er glaubt behaupten zu dürfen, daß in zahlreichen Fällen die Differentialdiagnose zwischen Pellagroderma und anderen ähnlich aussehenden Hautveränderungen möglich ist, vorausgesetzt, daß das Pellagroderma keine akzidentelle Reizung oder Sekundärinfektion erfahren habe, in welch letzterem Falle ein stärkerer Zufluß von Leuko-

Digitized by Google

zyten stattfindet, welcher dann das histologische Bild seines spezifischen Charakters beraubt. Handelt es sich um ein einfaches pellagröses Erythem, so ist er überzeugt, daß dieses speziell an der Degeneration des Kollagens erkennbar sei, die durch geeignete Färbungsmethoden sehr anschaulich gemacht werden könne.

Das einfache Bild eines der markantesten Symptome der Pellagraerkrankung hat unter den Fachgelehrten bereits eine endlose Reihe von Widersprüchen hervorgerufen. Was soll nun dem einfachen, praktischen Arzte bei der Diagnose des Pellagroderma als unerschütterliche Basis dienen? Soll er seine dermatologische Diagnose auch dann noch in der Schwebe lassen, wenn sie von anderweitigen Symptomen hinreichend unterstützt wird, bloß weil sie dem ursprünglichen, von Merk so schön gezeichneten Bilde nicht entspricht? Kann man nicht vielmehr auch noch anderen atypischen Formen begegnen als jene sind, die von Merk und anderen beschrieben wurden, und welche den rosafarbigen Rand, die hyperkeratotische Begrenzung, die deutliche Hautschwellung usw., nicht aufweisen? Zugegeben, daß der Alkoholiker noch außerdem mit irgendwelchem Hautleiden behaftet sein kann, so kann dies doch gleichermaßen auch bei einem Pellagrakranken der Fall sein. Der Alkoholiker kann demnach sein pellagröses Erythem haben, wie wird aber mit Bezug auf seine Hauterscheinungen ein Pellagrakranker und gleichzeitiger Alkoholiker zu klassifizieren sein, wenn sein Erythem so aussieht wie bei der bereits erwähnten Potatrix der Innsbrucker Klinik? Es ist dies keine ganz müßige Frage, und sie ist auch mit anderen Prämissen am Kongresse zu Bergamo aufgeworfen und seitens der anwesenden Dermatologen und Psychiater von Fach sehr verschieden beantwortet worden. Dies alles bekräftigt meine Ansicht, daß die Hauterscheinungen bei Pellagra noch nicht ganz ausreichend definiert sind. Besonders die sogenannten „Formes frustes" sollten noch Gegenstand des Studiums bilden, da gerade diese die größten Varietäten aufweisen können. Hinsichtlich dieser atypischen Erythemformen, die schon ihrer Lokalisation wegen Zweifel erregt haben, sowie auch in anderen Formen halte ich es für gerechtfertigt, der Pellagra bei Einschätzung der Hauterscheinungen den Vorrang zu lassen, natürlich vorausgesetzt, daß die Diagnose der pellagrösen Diathese unerschütterlich feststeht.

Unsere Landleute, die den Frühjahrserythemen unterworfen sind, haben selbst Unterschiede herausgefunden, die nicht ohne Feinheit sind. Oft habe ich von den Bauern die Phasen ihres Leidens beschreiben und die Schwere der Hauterscheinungen differenzieren hören, indem die leichte Form der Hautabschilferung als „peladina" und die schwerere Form, in der sich die Haut in schwartigen Lamellen abstößt, als „scor-

Digitized by Google

zadina" bezeichnet wurde. Terni hat wohl nicht unrecht, wenn er scherzhaft bemerkt, die Pellagra sei wie die Jettatura, der „böse Blick": sie bringe keinem Glück, weder den Kranken, die damit behaftet sind, noch den Ärzten, die sich seit Strambio bis auf unsere Tage über sie herumstreiten!

In meiner bereits langen pellagrologischen Laufbahn habe ich an einer großen Anzahl von Kommissionen und Versammlungen jeder Art teilgenommen, und als vorwiegend praktischer Arzt bin ich bei diesen kommissionellen Raids manchem Skeptizismus und so manchem nicht gerechtfertigten und entmutigenden Mißtrauen begegnet. Was mir als ein Symptom der Pellagra erschien, war für andere eine Magenerweiterung; es muß aber doch dem Umstande Rechnung getragen werden, daß bei Polentaessern ein normaler Magen überhaupt kaum zu finden ist. Andere wieder fanden die Symptome der vorgeführten Fälle nicht so hervorstechend und eigenartig, daß sie nicht auch anders erklärbar wären, und schließlich bekam ich zu hören, daß es ohne Erythem, beobachtet oder nicht beobachtet, auch keine Pellagra gäbe! Und dennoch ist das Erythem keine Erscheinung des allerersten Anfangsstadiums der Pellagra, noch ist es, wie wir gesehen haben, immerdar zur Diagnose erforderlich. Auch Devoto[1]) gibt dies ausdrücklich an, und meine eigene Praxis bestätigt es. Schon Lombroso erwähnt in seinem Hauptwerke die Schwierigkeit der Diagnose bei jener Pellagra, „die noch nicht zum Ausbruch gelangen konnte" und fast latent verbleibt. Gut gewählt ist daher die von Devoto vorgeschlagene Bezeichnung des vorpellagrösen Zustandes. Ist dieser vorpellagröse Zustand, von dem ein Individuum befallen ist, bereits Pellagra? Ich zweifle nicht daran und finde in meiner persönlichen Erfahrung die Bestätigung hierfür. Bei der Untersuchung einer großen Anzahl von Schulkindern in den von der Endemie am meisten heimgesuchten Distrikten zur Zeit als diese ihren Höhepunkt erreicht hatte, war es mir infolge langer Praxis ein leichtes, aus dem besonderen äußeren Habitus der Kinder (gelblichblasse Hautfarbe, bläuliche Lippen, Asymmetrie des Schädels usw.) jene auszuwählen, die bei Untersuchung der Mundhöhle ein gerötetes und geschwollenes Zahnfleisch zeigten und deren Zunge himbeerfarbig und bei Berührung wegen Verlust des Epithelbelages blutend erschien. Zur Kontrolle ergaben sich beim Zurückgreifen auf die Eltern in den meisten Fällen auch bei diesen die pellagrösen Stigmata. Muß bei diesen Kindern nicht ein vorpellagröses oder initiales Stadium der Pellagra angenommen werden, in welchem der Krankheit vorläufig noch eine der vielen Ursachen der physischen Gleichgewichtsstörung mangelt, um mit heftigeren Sym-

[1]) Devoto, l. c., S. 22.

Digitized by Google

ptomen zum Ausbruche gelangen zu können? Sind nun in der Pellagrastatistik, dieser schwierigsten und fehlerhaftesten aller Statistiken, solche Fälle des vorpellagrösen Stadiums gleichfalls aufzuführen? Doch wenn dieses nicht ist und jenes nicht ist, „was bleibt dann übrig vom Komplex der Symptome, und wie kann eine so verstümmelte Pellagra diagnostiziert werden!“ ruft Merk aus. Vom theoretischen Standpunkte aus hat er vollkommen recht, während vom praktischen Standpunkte aus die Diagnose der Pellagra auf der Summe einer Menge von Symptomen beruht, für deren Bewertung der Dermatologe zu seiner diagnostischen Orientierung Aufklärung und Hilfe beim Internisten und dieser eventuell wiederum beim Psychiater suchen muß. Sicherlich wäre eine anaphylaktische Reaktion zur Hervorrufung akuter Pellagra ein wertvolles Hilfsmittel. Insolange wir aber in der gegenwärtigen Unsicherheit herumtasten, darf es nicht wundernehmen, wenn selbst gebildete und vorgeschrittene Nationen plötzlich erst heute entdecken, daß sie die Pellagra schon seit langem beherbergen! Und wie ist wohl bei ihnen diese Krankheit früher benannt worden?

Diese meine Betrachtungen wurden sicherlich nicht deshalb niedergeschrieben, um die Unmasse der Veröffentlichungen über die Pellagra noch weiter zu vermehren. Der Kongreß von Bergamo hat viele Meinungsverschiedenheiten ans Licht gebracht, welche ich nicht einzeln hervorhebe, weil ich jeder Polemik fern bleiben möchte, die, wenn auch ehrlichen Absichten entsprungen, doch so selten objektiv zu bleiben und gute Früchte zu bringen vermag. Es war mir nur daran gelegen, auf die Schwierigkeiten hinzuweisen, welche das Studium der Pellagra immer noch bietet, sogar auf dem Gebiet ihrer ganz äußerlichen Symptome. Selbst Merk hob auf dem erwähnten Kongresse diese Tatsache hervor und weist auf die Notwendigkeit hin, „die Symptome der Pellagra gewissenhafter festzustellen“ — somit sicherlich auch die Hautsymptome. Leider vergrößern sich in unserer Gegend die Schwierigkeiten solcher Studien aus Mangel an klinischem Materiale. Teilen wir auch nicht den Optimismus von Felice Lussana, der in einer jüngst erschienenen Broschüre die Meinung ausspricht „daß dem Kampfe gegen die Pellagra bald das Objekt fehlen werde, weil das Material zu weiteren Studien mangeln dürfte“[1]), so kann doch mit Sicherheit behauptet werden, daß jenes große Material, über daß wir vor einem Jahrzehnte noch verfügten, im Trentino jetzt nicht mehr vorhanden ist. Gelegentlich einer von mir veranlaßten Enquete unter den Gemeindeärzten versicherten mehrere, daß die

[1]) Lussana, Felice, Sulla dottrina ipoalimentare ed aplastica nell' eziologia della Pellagra. Bergamo 1912.

Digitized by Google

Pellagra nunmehr abgeschwächte Formen angenommen habe und daß insbesondere die Hauterscheinungen immer mehr verschwänden. Aus Humanitätsgründen würden wir mit Befriedigung Zeugen des raschen Verschwindens der Pellagra sein und auf die ersehnte Sicherheit in der Ätiologie der Krankheit verzichten, wäre nicht in uns der von Huxley ausgesprochene Gedanke lebendig: „Es ist ebenso wichtig, eine klare Erkenntnis von dem zu haben, was man nicht weiß, als das zu erkennen, was man weiß."

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über Molyform. (Experimentell klinische Erfahrungen), von E. Lampe und H. Klose-Frankfurt a. M. (Med. Klinik, 1912, Nr. 20.) Molyform übt einen außerordentlich stark und schnell abtötenden Einfluß auf kleinste Lebewesen der verschiedensten Art aus, namentlich auch auf Bakterien. Dazu kommt eine stark anregende Wirkung auf tierisches Gewebe im Sinne einer Zellproliferation, wegen zu rascher Überhäutung von Wunden. Graetz-Hamburg.

Über Behandlung mit Novojodinpaste, von Georg Lotheissen-Wien. (Beitr. zur klin. Chir., 1912, Bd. 81.) Lotheissen suchte aus Besorgnis, daß die Becksche Paste durch das darin enthaltene Wismuth ein nicht immer gleichmäßiges und vor allem leicht toxisch wirkendes Präparat sei, ein Ersatzpräparat zur Behandlung von Fisteln, und entschloß sich zuletzt zur Verwendung von Novojodin-Paste. Das Novojodin ist ein Gemisch von gleichen Teilen von Hexamethylentetramindijodit und Talcum venetum; der Verfasser verwendet im Anfang der Behandlung Pasten aus Novojodin 60,0 mit 120,0 amerikanischer Vaseline verrieben, d. h. eine $33^1/_3$ %ige Novojodin-Paste, die aber nur $16^1/_2$ % Hexamethylentetramindijodit enthält; im späteren Verlauf verwendet er nur eine 27 %ige Novojodin-Paste ($13^1/_2$ % Hexamethylentetramindijodit enthaltend.

Da es sich in der vorliegenden Arbeit fast ausschließlich um Erfahrungen in der Chirurgie handelt, sei hier nur kurz erwähnt, daß Lotheissens Erfolge bei tuberkulösen Fisteln sehr gute, aber auch bei Anal- und anderen Fistelgängen befriedigende waren. Vergiftungserscheinungen wurden nie beobachtet. (Für Dermatologen kommt die Novojodin-Paste vielleicht bei schwer heilenden Bubonen-Fistelgängen in Frage. Der Referent.) Lasch-Breslau.

Beitrag zum Studium der Symptome der Phenolasewirkung, von A. Bach und V. Maryanovitch. (Arch. des Sciences phys. et natur., Juni 1912.) Der Einfluß verschiedener Salze (Chlorkalzium, Kalziumazetat, Zinksulfat und Zinkazetat, Mangansulfat und Manganazetat, Aluminiumsulfat) auf den durch Phenolase hervorgerufenen Oxydationsprozeß verschiedener Körper (Guajakol, Hydrochinin, Pyrogallol, Orzin, α-Naphtol + p-Phenylendiamin) hängt in erster Linie von der Art der letzteren ab.

Es besteht kein direktes Abhängigkeitsverhältnis zwischen den hydrolytischen Eigenschaften der genannten Salze und ihrer Wirkung auf die Phenolase.

Die beobachteten spezifischen Erscheinungen sind nicht Eigentümlichkeiten der Fermente, sondern der jeweiligen Substrate, die wahrscheinlich durch Ver-

Digitized by Google

bindungen mit den Salzen ihre Oxydationsfähigkeit ändern. Auch bei Abwesenheit der Phenolase zeigen sich spezifische Wirkungen der Salze auf die spontane Oxydation der Substrate.

Es gelingt nicht, verschiedene supponierte spezifische Fermente, die in der Phenolase enthalten sein sollen, zu isolieren; ihr Vorhandensein wird überhaupt in Abrede gestellt. O. Valentiner-Leipzig.

Die Wirkung organischer Quecksilberverbindungen bei Spirochäteninfektionen 1. Mitteilung, von Cl. Schilling, M. von Krogh, W. Schrauth, W. Schoeller. (Ztschr. f. Chemother., 1912, Bd. 1, H. 1.) Von zahlreichen organischen Quecksilberverbindungen zeigten nur einige Vertreter der merkurierten Phenole, bei denen das Quecksilber nur mit einer Valenz an den Benzolkern gebunden war, eine gewisse Wirksamkeit bei rekurrensinfizierten Mäusen, indem sie die Infektion abzuschwächen, nicht aber zu paralysieren vermochten. Durch Tierversuche ließ sich feststellen, daß diese Quecksilberverbindungen einen befördernden Einfluß auf die spezifische Antikörperbildung im Tierkörper ausüben. Bei dem stark parasitotropen Salvarsan wurde eine analoge Wirkung nicht gefunden. Einzelheiten in dem mit zahlreichen Kurven ausgestatteten Original. O. Valentiner-Leipzig.

Erfahrungen über Behandlung Hautkranker mit Menschenserum, von W. Heuck-Bonn. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 48.) Nach dem Vorgang von Mayer und Linser hat Verfasser eine Reihe von Dermatosen mittels der intravenösen Infusion von gesundem, fibrinfreiem Serum behandelt und hat bei manchen hartnäckigen, chronischen Affektionen, wie Urtikaria, Strophulus infantum und Pruritus senilis, befriedigende Resultate erzielt; bei Psoriasis und Ekzemen sowie bei blasigen Affektionen, Pemphigus, Duhringscher Dermatitis usw. war dagegen in der Regel kein Erfolg zu verzeichnen. Das Beobachtungsmaterial bezifferte sich auf einige 40 Fälle mit ca. 350 Injektionen. Gelegentlich wurden, namentlich bei Kindern, die Injektionen statt intravenös subkutan gegeben, doch scheint dieses Verfahren weniger wirksam zu sein. Um über die Dauerhaftigkeit der Methode urteilen zu können, ist die Beobachtungszeit allerdings zu kurz bemessen. Einige Versuche mit dem Bruckschen Verfahren der Blutwaschung haben Verfasser nicht befriedigt, wie er in einigen kurzen Bemerkungen darlegt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Opsoninbehandlung der Staphylokokkusinfektion der Haut, von Alexander Werner-Arad. (Pester Med. Chir. Presse, 1912, Nr. 14.) Die Behandlung unserer Fälle von Akne vulgaris, Folliculitis suppurativa barbae und derartiger durch Staphylokokken erzeugter Dermatosen mit Opsonogen aus der chemischen Fabrik in Güstrow haben dem Verfasser die gewünschten Erfolge gebracht.

W. Chrzelitzer-Posen.

Der Gebrauch von gemischten Infektionsvakzinen bei Hautinfektionen, von John G. Burke-Pittsburg. (New York med. Journ., 2. Nov. 1912.) B. gebrauchte nach verschiedenen Mißerfolgen mit autochthoner, mit Staphylococcus aureus- und mit Akne-Bazillusvakzine, die von Schaefer aus vermischten Reinkulturen einer ganzen Anzahl Bakterien hergestellte Vakzine, welche nach ihrer Filtration schließlich aus den Toxinen verschiedener Bakterien besteht, und hatte in 4—5 Fällen von pustulöser Akne mit dieser Vakzine in entsprechenden Pausen (von 5—7 Tagen) mehrere Male (bis sieben) subkutan injiziert, sehr gute Erfolge. Allerdings ist hervorzuheben, daß diese Injektionen zuweilen heftige Lokalreaktionen (Dermatitis) hervorrufen, die aber ohne weitere Folgen zurück-

Digitized by Google

gehen. Ein paar Fälle von Lupus erythematosus, die wiederholt mit Injektionen dieser Lymphe behandelt worden sind, zeigten hingegen keinerlei Besserung.

Stern-München.

Angioneurosen.

Über die Entstehung von Ödem als Folge von übermäßiger Aufnahme von Kochsalz, von W. J. MIDELTON-Bournemouth. (Brit. med. Journ., 19. Okt. 1912.) Verfasser berichtet kurz über eine mit BASEDOWscher Krankheit behaftete Frau, welche als Komplikation längere Zeit hindurch ein diffuses, ausgesprochenes Hautödem darbot. Dasselbe ging prompt zurück, als die Patientin von ihrer Gewohnheit des übermäßigen Salzgenusses abließ. Philippi-Bad Salzschlirf.

Übermäßiger Salzgenuß als Ursache von universellem Ödem, von A. STEVENSON-Sunderland. (Brit. med. Journ., 28. Dez. 1912.) Verfasser berichtet kurz über einen Fall, eine junge verheiratete Frau betreffend, bei dem ein ätiologisch unerklärliches allgemeines Ödem prompt verging, als man die sehr erhebliche Verwendung von Salz bei den Speisen inhibierte. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Ätiologie des akuten, rezidivierenden Ödems der Augenlider, von C. BRUNETIÈRE. (Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux, 14. Juli 1912.) ANDRIEUX, GALLIARD und GALLOIS haben unter dem provisorischen Namen eines essentiellen oder idiopathischen Ödems der Augenlider ein zirkumskriptes Ödem derselben beschrieben, welches plötzlich, besonders morgens, erscheint, nach wenigen Stunden wieder verschwindet und häufig, oft in periodischer Weise, rezidiviert. Keine Augen-, keine Herz- oder Nierenaffektion, aus welchen man eine Erklärung schöpfen könnte, begleitet dieses Ödem. Die zur Erklärung dieser Erscheinung aufgestellten Hypothesen (Arthritismus, hysterisches Ödem, toxisches Ödem ex ingestis, nach Medikamenten oder Serumeinspritzungen) sind wenig begründet. Der Verfasser hatte Gelegenheit, vier Fälle dieser Erkrankung bei Individuen zu beobachten, welche Verdauungsstörungen infolge von Überernährung hatten. Dieselben waren zu gleicher Zeit Arthritiker und Neuropathen. Eine Behandlung der Verdauungsstörungen heilte oder besserte auch die Ödeme. Er glaubt deshalb, daß die von der Darmgärung gebildeten Gifte (Indol, Skatol) zugleich mit einer neuro-arthritischen Disposition in der Ätiologie dieser Ödeme eine Rolle spielen, besonders da es LE CALVÉ gelang, durch Venenunterbindung mit nachfolgender Injektion eines indolartigen Toxins oft Ödeme hervorzurufen.

A. Gunsett-Straßburg.

Beitrag zur Kenntnis des einseitigen Ödems, von YVES THOMAS. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Die Serumkrankheit, von J. LECLERCQ und P. CULOT (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 123.) Die Verfasser unterscheiden mehrere klinische Formen der nach Injektion von animalem Serum zu therapeutischen Zwecken auftretenden Erkrankungen. Es gibt eine einfache febrile Form ohne weitere Symptome, ferner eine arthralgische Form, wobei gewöhnlich Hand- und Fußgelenke sowie Knie in Mitleidenschaft gezogen werden. Nach den auf der Haut auftretenden Erscheinungen unterscheiden die Verfasser: 1. eine urtikarielle Form, mit teils lokalisiertem, teils generalisiertem Ausschlag. Es sind große, rote, papelförmige Elemente, mit runden Rändern oder weiße Plaques von diffusem, nicht vorspringendem erythematösem Saum umgeben. Pruritus ist immer, oft auch Ödem der umgebenden Gewebe vorhanden; 2. eine einfach erythematöse Form, rote

Digitized by Google

Flecken, ohne genau definierbaren Charakter; 3. eine polymorph erythematöse Form, bei welcher das Exanthem aus Flecken von variabler Größe besteht, welche erhaben sind, ein rosa oder weißes Zentrum und einen roten Saum aufweisen; 4. kann die Eruption einen morbillösen oder skarlatiniformen, ja purpurischen Aspekt haben.

Von den verschiedenen Seris ist am schädlichsten das Antitetanusserum, welches oft ziemlich bedrohliche Symptome macht. Von den verschiedenen Applikationsarten ist wiederum die venöse die gefährlichste, so daß man diesen Weg beinahe vollkommen verlassen hat. Sie sind besonders gefährlich bei einem Individuum, das schon vorher Serum bekommen hat, und haben in manchen Fällen zu raschem Exitus geführt. Bei der intrarachidischen Einverleibung kommen oft meningitische Reizungen vorübergehender Natur auf. In manchen Fällen aber, besonders bei einer zweiten Spätinjektion, können diese Reizsymptome zu schnellem Tod führen. A. Gunsett-Straßburg.

Über Psychosen im Verlaufe von Typhus abdominalis und Erythema multiforme exsudativum, von Wilhelm Bochat. (Diss., Kiel 1912). Verfasser teilt zwei interessante Fälle mit. Im ersten ist das Grundleiden ein Abdominaltyphus. Es kam zu einer Psychose, die im Verlauf der Febris continua auftrat und mit deren Abklingen verschwand; sie ist also zu den Initial- und Fieberdelirien zu rechnen. — Im zweiten Fall tritt die Psychose auf im Verlaufe des Fiebers bei Erythema multiforme exsudativum. Die Delirien und die motorische Unruhe sind derartig stark, daß Patient isoliert werden muß; erinnert sich nur der Vorgänge bei der Aufnahme, von dem, was darauf geschah, keine Erinnerung. Auch nach dem Verschwinden des Fiebers bleibt Patient geistesgestört. Fritz Loeb-München.

Über scharlachähnliche Erytheme, welche nach Einspritzung von antidiphtherischem Serum zur Beobachtung gekommen sind, von Charles Robert. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 9.) Fritz Loeb-München.

Über die Erytheme bei Typhus, von E. Gandolin. (Thèse de Montpellier 1912.) Fritz Loeb-München.

Seit wann existiert die Pellagra in den Vereinigten Staaten von Amerika? Von J. W. Babcock. (Riv. pellagrol. ital., 1912, Nr. 6.) Verfasser führt in einer kurzen Notiz aus, daß die Pellagra schon seit sehr langer Zeit in Amerika existiere. Richard Frühwald-Leipzig.

Pellagra in Großbritannien, von L. W. Sambon und A. J. Chalmers. (Brit. med. Journ., 26. Okt. 1912.) Schon im Jahre 1860 berichtete Billod über zwei Fälle, welche von Brown als unzweifelhafte Beispiele von Pellagra erklärt wurden, und seitdem sind einzelne weitere Beobachtungen noch hinzugekommen. Verfasser konstatieren, daß in verschiedenen Grafschaften von Schottland endemisch entstandene Erkrankungen in typischer Form anzutreffen sind. Bei der Mehrzahl der von ihnen bei ihren Nachforschungen festgestellten Fälle waren die Patienten (undiagnostiziert) schon in das Stadium der psychischen Entartung verfallen. Verfasser führen die Erkrankung auf die Infektion mit Simulium zurück, wofür gerade die schnell fließenden Flüsse die geeigneten Verhältnisse abgeben. Schließlich haben sie auch in London einen ganz charakteristischen Fall bei einem unter Behandlung von Box im St. Thomas-Hospital stehenden Knaben kennen gelernt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Pellagra, von H. Couppon-Daon. (Arch. méd. Angers, 1912, S. 178).

Die Pellagra, von Nicolas und Moutot. (Prov. méd., 14. Sept. 1912). Aus beiden Arbeiten geht hervor, daß der Mais nicht konstant bei den endemischen

Digitized by Google

Formen der Pellagra eine ätiologische Rolle spielt. Man findet hingegen beinahe immer in der Anamnese der Pellagrakranken Alkoholismus, mangelhafte Ernährung, verdorbene Nahrungsmittel (Mais und andere), schlechte Wohnungsverhältnisse, moralische Depression als Folge von Armut. Dieser Symptomenkomplex spielt sicher in der Produktion der Pellagra eine Rolle, und es ist unzweifelhaft, daß dieselbe auch ohne Maisnahrung existieren kann.

A. Gunsett-Straßburg.

Gedanken über die Ätiologie der Pellagra, von B. Gosio. (Riv. pellagrol. ital., 1912, Nr. 5.) In den letzten Jahren sind verschiedene Theorien über die Ätiologie der Pellagra aufgetaucht, die die alte Anschauung von der ätiologischen Rolle des Mais zu verdrängen drohen. Erst weitere Untersuchungen können die Stichhaltigkeit jener ergeben. Keinesfalls dürfen deshalb die aus der herrschenden Anschauung entsprungenen Maßregeln zur Bekämpfung der Krankheit, die zweifellos viel Segen geschaffen haben, beseitigt werden, bevor nicht etwas wirklich Besseres an ihre Stelle gesetzt werden kann. Richard Frühwald-Leipzig.

Neue Bestätigungen und neue Zweifel über die Ätiologie der Pellagra, von E. Bertarelli. (Morgagni, 1. Dez. 1912.) Der Verfasser erwähnt zuerst die Arbeiten von Volpino, welcher nachwies, daß Pellagrakranke auf Impfung mit einem wässerigen Extrakt von verdorbenem Mais auf bestimmte Weise durch Erhöhung der Temperatur und nervöse sowie gastrische Störungen reagieren, und daß diese Reaktion für Pellagrakranke spezifisch ist. Diese Tatsachen werden einigermaßen erschüttert durch die Tierexperimente von Cesa-Bianchi und Vallardi, welche eine analoge Reaktion bei Meerschweinchen mit Extrakt von gesundem und von verdorbenem Mais hervorrufen konnten. Dazu kommen noch die epidemiologischen Beobachtungen von Pieraccini, welche die Maistheorie noch mehr erschüttern. P. lebt in einer Gegend Brasiliens, in welcher außerordentlich viel Mais und auch verdorbener Mais gegessen wird. Dabei ist aber die Pellagra dort vollständig unbekannt. A. Gunsett-Straßburg.

Erste experimentelle Untersuchungsreihe über Pellagra, von G. Volpino, A. Mariani, F. Bordoni und L. Alpago-Novello. (Riv. pellagrol. ital., 1912, Nr. 2—5.) Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Richard Frühwald-Leipzig.

Verdorbener Mais und Fehlen der Pellagra in Brasilien, von G. Pieraccini. (Riv. pellagrol. ital., 1912, Nr. 4—6.) Obwohl in Brasilien viel verdorbener Mais genossen wird und auch sonst günstige Bedingungen vorhanden sind, kommt doch die Pellagra in Brasilien wahrscheinlich nicht vor. Dieser Befund kann aber die Maistheorie, die durch viele Tatsachen gestützt ist, nicht umstoßen. Er weist nur darauf hin, daß der verdorbene Mais nur einer von mehreren ätiologischen Faktoren ist. Richard Frühwald-Leipzig.

Wäßriger Extrakt aus verdorbenem Mais als diagnostisches Mittel bei Pellagra, von Ezio Alvisi. (Riv. pellagrol. ital., 1912, Nr. 6.) Von mehreren Verfassern wurde beschrieben, daß Pellagröse auf subkutane Injektion eines wässerigen Extraktes aus verdorbenem Mais mit allgemeinen und lokalen (Fieber, Erytheme usw.) Erscheinungen reagieren. Verfasser hat nun an acht Kranken einer Irrenanstalt diese Versuche nachgeprüft, indem er je 1½ ccm eines solchen Maisextraktes injizierte. Von fünf Pellagrösen reagierten drei positiv; drei nicht Pellagröse ebenfalls. Die Versuche zeigen also, daß wässeriger Extrakt aus verdorbenem Mais giftig wirkt, daß er aber nicht zur Diagnose der Pellagra verwendet werden kann. Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Über die immunisierende Reaktion des Blutes bei der Pellagra. Vorläufige Mitteilung, von GUIDO TIZZONI. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 67, H. 3. Nachdem T. schon früher die Existenz eines spezifischen Präzipitins im Blute der Pellagrakranken nachgewiesen hat, führte er die ihm so wichtig erscheinenden Blutuntersuchungen weiter und konnte feststellen, daß im Blute der Pellagrakranken ein Antihämolysin vorhanden ist, welches das hämolytische Vermögen der normalen Heterolysine unterdrückt. Ohne weitere Schlußfolgerungen aus diesem Ergebnisse zu ziehen, möchte T. nur hervorheben, daß die Existenz einer Immunitätsreaktion des Blutes für die infektiöse Natur der Pellagra spricht, und daß eine enge Beziehung zwischen dieser Reaktion und dem hämolytischen Vermögen des von T. isolierten spezifischen Keimes anzunehmen ist. Erst wenn zahlreichere Versuche die Spezifität und Tragweite dieser immunitären Blutreaktion festgestellt haben, könnte sie vielleicht in zweifelhaften Fällen von praktischer Bedeutung sein und zur Frühdiagnose der Pellagra dienen. Stern-München.

Über die antihämolytische Kraft des Serums Pellagröser, von GIUSEPPE ZUCCARI. (Riv. pellagrol. ital., 1913, Nr. 1.) Verfasser hat an zehn Fällen sicherer Pellagra feststellen können, daß das Serum deutliche hämolysehemmende Eigenschaften hat. Auch die Agglutinationskraft für rote Kaninchenblutkörperchen ist stärker als bei Normalen, aber Verfasser konnte nicht die kompakten Haufen beobachten wie andere Autoren. Bei sechs Fällen nicht Pellagröser waren die Resultate nicht eindeutig. Dennoch glaubt Verfasser, daß das Serum Pellagröser durch die erwähnten antihämolytischen und stärker agglutinierenden Eigenschaften ausgezeichnet ist. Richard Frühwald-Leipzig.

Gibt es besondere fluoreszierende Substanzen im Serum bei Pellagra? von ARTHUR D. HIRSCHFELDER - Baltimore. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 66. H. 7.) H. kommt nach der Untersuchung an fünf Patienten, die an ausgesprochener und akuter Pellagra litten, und an normalen Patienten einer psychiatrischen Klinik zur Verneinung obiger Frage; die Sera der letzteren sowohl wie der fünf Pellagrapatienten zeigten gleicherweise eine gewisse Fluoreszenz, aber weder Farbe noch Grad derselben ergaben einen Unterschied. Die Ansicht von RAUBITSCHEK, daß Pellagra oder pellagraähnliche Erkrankungen durch Aktivierung einer lichtempfindlichen, z. B. fluoreszierenden Substanz zustande kommt, scheint sich also nicht zu bestätigen. Stern-München.

Zur Frage einer spezifisch-diagnostischen Reaktion bei Pellagra, von HUGO RAUBITSCHEK-Czernowitz. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 46.) Im strömenden Blut sowie in den Organen Pellagröser sind mit unseren momentanen bakteriologischen Methoden spezifische Keime nicht nachweisbar. Speziell das Blut Pellagröser erweist sich, mit unserer heutigen kulturellen Technik untersucht, ausnahmslos als keimfrei.

Im Serum pellagröser Individuen kommen keinerlei Antikörper oder Stoffe vor, die, mit unseren gegenwärtigen serologischen Methoden geprüft, spezifisch für Pellagra wären.

Die Pellagra hat eine photodynamische Ätiologie, da diese Erkrankung hervorgerufen wird durch eine einseitige Ernährung mit Mais guter oder schlechter Qualität, die aber erst unter dem Einfluß des Sonnenlichtes ihre deletären Wirkungen entfaltet.

Es ist möglich, daß auch durch andere Nahrungsmittel (Reis, Hirse usw.) unter dem Einfluß des Sonnenlichtes ähnliche Erkrankungen hervorgerufen werden.

O. Junghanns-Dresden.

Digitized by Google

Die Wassermannsche und die Präzipitinreaktion bei Pellagrösen, von Emilio Maj. (Riv. pellagrol. ital., 1911, Nr. 3, 1912, Nr. 3.) Verfasser hat bei Pellagrösen, mit Ausnahme von zwei Fällen, stets negative Wassermannsche Reaktion gefunden. Der eine von beiden zeigte später noch tätiärsyphlitische Erscheinungen, beim anderen konnte Syphilis nicht ausgeschlossen werden. Die Präzipitinreaktion ergab zwar auch einige positive Resultate, doch sind diese alle nicht derart, daß sie das Vorhandensein einer für Pellagra spezifischen Reaktion im Blute beweisen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Meiostagminreaktion bei Pellagrösen, von Ezio Alvisi. (Riv. pellagrol. ital., 1912, Nr. 5.) Verfasser hat in zehn Fällen von pellagröser Psychose die Meiostagminreaktion angestellt, die aber stets glatt negativ ausfiel. Doch können die Befunde nach keiner Richtung hin verwertet werden. Höchstens könnten sie gegen die Theorie der protozoischen Ätiologie der Pellagra sprechen, da man in Analogie mit anderen Krankheiten einen positiven Ausfall erwarten möchte.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über die endokrine Entstehung der Raynaudschen Krankheit und verschiedener vasomotorischer Störungen, von Léon Fontaine. (Thèse de Toulouse 1912.)

Fritz Loeb-München.

Die chronische Purpura der Kinder, von Delèarde und Hallez-Lille. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 149.) Die Verfasser unterscheiden zwei große Gruppen von Purpuraerkrankungen: 1. die Purpura simplex oder exanthematica, welche durch kleinere, mehr petechiale Elemente charakterisiert ist, und bei welcher die Schleimhäute frei von Hämorrhagien sind und der Blutbefund keine Abweichung von der Norm aufweist. Häufiger kommt 2. die zweite Form, die Purpura chronica haemorrhagica vor, welche durch große Ekchymosenbildung, durch Schleimhautblutungen und Darmblutungen charakterisiert ist. Das Blut zeigt in diesen Fällen typische Veränderungen. Es tritt zwar eine Gerinnung des Blutes ein, es fehlt aber die nachträgliche Zusammenziehung des Gerinnsels, so daß die Serumausscheidung unterbleibt. Diese Anomalie ist wahrscheinlich auf eine beträchtliche Verminderung der Hämatoblasten zurückzuführen. Zugleich sind kernhaltige rote Blutkörperchen und neutrophile Myelozyten nachweisbar, und sekundär gesellt sich eine Leukozytose mit Verminderung der roten Blutkörperchen und Eosinophilie hinzu. Diese Purpuraform kann sich oft jahrelang hinziehen. Als Behandlung der Blutungen kommt in Betracht das Adrenalin (zwei Tropfen der Lösung $^1/_{1000}$), das Chlorkalzium (8 Chlorkalium auf 300 Wasser: zweimal täglich einen Eßlöffel in ein Glas Wasser vor der Mahlzeit) und die subkutanen Peptoninjektionen (alle drei Tage 6—7 ccm folgender Lösung: Pepton Witte 5,0, Kochsalz 0,5, Aqua destillata 100 g).

A. Gunsett-Straßburg.

Die ekchymotische Hautreaktion oder erworbene Pseudohämophilie; Sicards Symptome, von Wilfred M. Barton-Washington. (New York med. Journ., 2. Nov. 1912.) Anschließend an die zwei von Sicard und Gutmann veröffentlichten Fälle bringt B. zwei ähnliche, von ihm beobachtete Fälle, wo leichter Fingerdruck bei zwei weiblichen Patienten ziemlich ausgedehnte Hautekchymosen hervorrief. In beiden Fällen handelte es sich um einen zufällig, gelegentlich anderer Affektionen festgestellten Hautbefund, und B. kommt nach kritischer Besprechung dieser und obiger Fälle zu dem Ergebnisse, daß dabei keineswegs wirkliche Hämophilie, sondern nur eine Art Pseudohämophilie besteht, wo abnorme Brüchigkeit der Kapillarenwände und allgemeine Kapillosklerosis vorhanden ist und dadurch die Blutaustritte unter die Haut entstehen.

Stern-München.

Digitized by Google

Beitrag zur Kenntnis der Nierenentzündungen im Verlaufe einer Purpura, von ETIENNE ROUX. (Thèse de Paris, 1911.) Fritz Loeb-München.

Chronische Purpura und deren Behandlung mit animalischem Serum, von H. L. ELSNER und F. M. MEADER-Syrakus. (Amer. Journ. med. scien., Febr. 1913.) Bei zwei eingehend studierten, typischen Fällen von hartnäckiger chronischer Purpura haben Verfasser nach dem Vorgange von WEIL die subkutane Injektion von Pferde- resp. Kaninchenserum erprobt und dabei sehr bemerkenswerte Resultate erzielt. In dem einen Falle handelte es sich um eine 45jährige neurotische, aber sehr intelligente Dame, welche drei Jahre hindurch trotz aller vom Verfasser (E.) angewandten Mittel niemals ganz frei von wenigstens einzelnen Purpuraläsionen war. Die alsdann eingeleitete Serumbehandlung bestand in der Injektion von zunächst 17 ccm Pferdeserum, worauf 10 Tage später eine Dosis von 10 ccm folgte. Es entwickelte sich zwar eine recht intensive Serumreaktion mit heftigen Gelenkschmerzen und universellem Erythem, aber die Einwirkung auf die Purpura war so markiert, daß Patientin selbst um Fortsetzung der Injektionen bat. Sie erhielt darauf 12 ccm Kaninchenserum etwa drei Monate später und im weiteren Verlauf noch einige kleinere Gaben, 4 ccm und gelegentlich nur 1 ccm. Die ganze Dauer der Serumbehandlung erstreckte sich mit mehreren größeren Unterbrechungen von Januar 1911 bis Juli 1912 und umfaßte 19 Injektionen. Patientin ist zurzeit wohlauf; es zeigen sich nur gelegentlich blasse Flecke. Die andere Kranke, eine 56jährige Frau, welche sechs Jahre an Purpura gelitten hatte und stark heruntergekommen war, ist nach vier Injektionen von Kaninchenserum (2—14 ccm) wenigstens ein Jahr lang ganz symptomenfrei gewesen. Verfasser raten, zur Vermeidung der Anaphylaxie die Injektionen gruppenweise mit Pausen von 10—12 Tagen zu geben und dann eine längere Zwischenzeit verstreichen zu lassen. Zur Erklärung der günstigen Wirkung des animalischen Serums führen Verfasser an, daß sie nach den Injektionen mehrfach eine Vermehrung der Blutplättchen konstatieren konnten. Dies führen sie nach den (auszugsweise dargelegten) Beobachtungen anderer Forscher darauf zurück, daß bei der Serumzufuhr eine Erginwirkung (PIRQUET) stattfindet, wobei infolge des gelinden toxischen Reizes eine Vermehrung der Blutplättchen und damit zusammenhängend eine Steigerung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes herbeigeführt wird. Philippi-Bad Salzschlirf.

Purpura fulminans, von J. A. M. CAMERON-Preston. (Lancet, 23. Nov. 1912.) Eine 58jährige geisteskranke Frau bot am elften Tage ihres Aufenthalts in der Anstalt nach leidlichem Wohlbefinden plötzlich eines Morgens einen dunkeln hämorrhagischen Fleck in der Leistengegend dar und klagte über Übelkeit. Im Laufe des Tages bedeckte sich fast die gesamte Körperoberfläche mit großen hämorrhagischen Flecken, und unter heftigem Bluterbrechen und Entleerung von Blut im Urin und mit dem Stuhlgang ging die Kranke binnen 24 Stunden zugrunde. Philippi-Bad Salzschlirf.

Studien über die experimentelle Erzeugung von Purpura, von E. M. COWELL. (Brit. med. Journ., 26. Okt. 1912.) Verfasser hat die Experimente von GRENET nachgeprüft, welcher bei Kaninchen, nach vorübergehender Abschnürung des „Leberstieles", auf Injektion von Serum eines hämophilen Patienten in den Wirbelsäulenkanal neben Paraplegie der Hinterbeine eine lebhafte Entwicklung von Ekchymosen erzeugte. C. konstatiert, daß ihm dies trotz vielfacher Versuche nicht gelingen wollte. Ebenso erwies sich die Injektion von abgetöteten Kulturen von

Digitized by Google

B. pyocyaneus, was nach CHARRIN leicht Purpura erzeugt, und anderen Mikroorganismen als negativ. Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Auftreten von Purpura im Verlauf von chronischer Lungentuberkulose, von J. M. CRUICE-Philadelphia. (Amer. Journ. med. scien., Dez. 1912.) Die von anderer Seite schon gelegentlich hervorgehobene üble Vorbedeutung einer im Verlaufe von Lungentuberkulose auftretenden Attacke von Purpura bestätigt Verfasser auf Grund von Beobachtungen an acht Fällen, welche er ihren Hauptmomenten nach schildert. Allerdings zeigten die Hautläsionen bei diesem Beobachtungsmaterial mancherlei Verschiedenheiten bei den einzelnen Patienten und waren auch nicht immer ihrem Wesen nach ganz sicher zu deuten, so daß weitere definitive Schlüsse kaum daraus zu ziehen sind. Philippi-Bad Salzschlirf.

Purpura bei Tuberkulose, von G. MONNOT. (Thèse de Paris 1912.) Fritz Loeb-München.

Purpura-Radiotherapie, von TRIBOULET. (Bull. méd., 1912, Nr. 94.) Ein 7jähriges Mädchen, das an chronischer Purpura haemorrhagica litt und vergeblich mit den verschiedensten Mitteln behandelt worden war, wurde schwachen Bestrahlungen der Milz und der Diaphysen der langen Röhrenknochen ausgesetzt. Nach vier Sitzungen hörten die Hämorrhagien auf und sind bis jetzt, nach drei Monaten, nicht wiedergekommen. Richard Frühwald-Leipzig.

Traumatische Entzündungen.

Die Verbrennungen und ihre Behandlung, von M. LIEBER-Wien. (Beitr. z. klin. Chir., 1912, Bd. 81.) „Die Verbrennungen nehmen wegen ihres eigenartigen Verlaufes eine besondere Stellung unter den Verletzungen ein. Neben der sichtbaren Schädigung der Haut kommt noch ein unbekanntes Agens dazu, das den Verlauf beeinflußt und selbst bei Verbrennungen von geringer Ausdehnung die Stellung einer Prognose unmöglich macht."

Der Verfasser erörtert zunächst die verschiedenen Theorien, die über den Verbrennungstod aufgestellt sind, und zwar zuerst diejenigen, die die Hauptursache für denselben in schweren organischen Störungen sehen, dann die Autointoxikationstheorien, die in einer infolge der Verbrennung entstandenen Vergiftung das unbekannte gefürchtete Agens erblicken.

Diese letzteren Theorien, deren sehr interessante Begründungen hier nicht wiedergegeben werden können, lassen sich in drei Gruppen teilen, je nachdem die Verfechter der einzelnen Theorien die Bildungsstätte des Giftes im Blute oder in der Haut oder im veränderten Stoffwechsel (wofür die giftige Beschaffenheit des Harns bei Verbrennungen spricht) sehen. Welche dieser Anschauungen die richtige ist, ist zurzeit nicht zu entscheiden, wohl aber glaubt der Verfasser annehmen zu können, daß der Verbrennungstod die Folge einer Autointoxikation des Körpers ist, wofür auch die geringgradigen pathologisch-anatomischen Befunde sprechen, die nicht ausreichen, um den Tod zu erklären.

Aus den Kapiteln „klinischer Verlauf und Prognose der Verbrennungen" sei hier nur erwähnt, daß nach der Ansicht des Verfassers die eigentliche Krankheit sechs Tage dauert, und die folgende Zeit der Heilung der Lokalsymptome gehört, und in bezug auf die Prognose warnt der Verfasser, selbst bei scheinbar ganz leichten Fällen, dieselbe von vornherein absolut günstig zu stellen, da er selbst bei solchen Exitus letalis durch Giftwirkung beobachtet hat.

Auch die sehr interessanten Ausführungen LIEBERS über die Therapie der

Digitized by Google

Verbrennungen können nur ganz summarisch gestreift werden. Für die lokale Behandlung von Verbrennungen zweiten und dritten Grades empfiehlt er nach vorsichtiger Reinigung mit Benzintupfen ganz besonders Novojodinpuderung mit darüber gelegter steriler Gaze. Bei Verbrennungen zweiten Grades hat er auch sehr gute Erfolge von basaler Inzision und Entleerung der Blasen und folgender Anästhesinpuderung gesehen. Außerdem aber legt LIEBER ein großes Gewicht auf die gleichzeitige Allgemeinbehandlung: Kräftigung des Herzens (Koffein. Kampher, Digalen) und Anregung der Harnausscheidung (reichliche Flüssigkeitszufuhr), eventuell drei- bis viermal täglich wiederholte Kochsalzinfusionen von 1000—1500 g. Gänzlich vermieden werden in den letzten Jahren prinzipiell: permanentes Bad, Jodoform und Morphium.

Zum Schluß gibt der Verfasser noch einen Überblick über die in den letzten zehn Jahren auf der Abteilung des k. k. Kaiser-Franz-Josef-Spitals in Wien behandelten 188 Fälle von Verbrennungen in bezug auf den Prozentsatz der Verbrennungen bei Männern, Frauen und Kindern, über die Gelegenheitsursachen der Verbrennungen und den Verlauf derselben. Lasch-Breslau.

Gewerbliche Hautverätzungen, von HEINR. PASCHKIS. (Wien. med. Woschenschr., 1912, Nr. 44.) Einem Arbeiter fiel beim Öffnen einer Kohlensäurebombe Kohlensäureschnee auf die Hände. Nach einigen Tagen hatte er an den Fingern zuckererbsen- bis linsengroße, oberflächliche, gegen die Mitte vertiefte, mit rostbraunen Schorfen bedeckte Substanzverluste.

Ein Färbergehilfe arbeitete mit Chlorzinnlösung zum Beschweren von Seide: dabei zog er sich an den Daumen kleine, scharfrandige, wie mit dem Locheisen herausgeschlagene, oberflächliche, in der Mitte vertiefte, rotbraun verschorfte Substanzverluste zu. Schourp-Danzig.

Schädigungen der Haut durch Röntgenlicht nach Tiefenbestrahlung (Aluminium). Kumulierende Wirkung, von H. ISELIN-Basel. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 49 u. 50.) Bei der Verwendung der Röntgenstrahlen zur Behandlung von Tuberkulose der Knochen und anderen tiefer gelegenen Affektionen machte Verfasser die Beobachtung, daß trotz aller Vorsicht in sehr vielen Fällen sich eine Schädigung der Haut in verschiedenen Formen (Pigmentanomalien, Atrophie der Haut, Teleangiektasien, Ulzeration oder ulzerierte Fistel) sogar lange Zeit nach der Beendigung der Röntgenbestrahlung herausstellte. Dabei ist, wie er an einer tabellarischen Zusammenstellung seiner bei 950 Patienten gesammelten Erfahrungen demonstriert, die Reaktionsfähigkeit der Haut je nach den verschiedenen Körperregionen eine sehr verschiedene. Besonders empfindlich ist die Gegend der Sprunggelenke sowie die Haut am Fuße; Handgelenk, Ellenbogen und Hals vertragen viel stärkere Dosen. Die Unterschiede variierten von 4 SABOURAUD bis zu 7—8, sogar bis zu 22 SABOURAUD als ausnahmsweise verwendeter Dosis. Verfasser erklärt den pathologischen Prozeß durch die Beeinflussung der in der Tiefe gelegenen Blutgefäße. Es ist sonst in der Tat schwer zu verstehen, wieso die Spätschädigungen ohne vorherige Erscheinungen an der Haut zur Entwicklung kommen können. Trotz der damit verbundenen Gefährlichkeit will ISELIN aber auf die Strahlenbehandlung nicht verzichten. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über schwere Röntgenverbrennungen, von HEUCK-Bonn. (Sitzgsber. der Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Bonn, Okt. 1911.) Im Anschluß an eine schwere irreparable Röntgenverbrennung nach mehrtägiger Bestrahlung bis zum beginnenden Erythem wird vor dieser Methode gewarnt, die bei der Unsicherheit eventueller Summierung leicht zu schweren Verbrennungen oder einer chronischen

Digitized by Google

Röntgendermatitis führen könne. Für die forensische Begutachtung solcher Fälle ist die Möglichkeit einer Überempfindlichkeit in gewissen geringen Grenzen zuzugeben, doch sind auch bei der Annahme derselben Verbrennungen dritten Grades durch geeignete Technik zu vermeiden. Für eine wirksame Tiefentherapie kann eine Desensibilitation der Haut durch Adrenalinanämisierung erfolgen, durch vorgängige d'Arsonvalisation läßt sich die Wirkung erhöhen resp. vermag man mit geringeren Dosen auszukommen. H. Lautsch-Graudenz.

Gewerbliche Hauterkrankungen, von JOHN A. FORDYCE-New York. (Journ. amer. med. assoc., 7. Dez. 1912.) An Verfassers Klinik betrugen im Jahre 1911 die gewerblichen Erkrankungen der Haut ungefähr 2% der Zugänge. Der häufigste Typus ist eine ekzematoide Dermatitis, deren Auftreten durch exzessiven Gebrauch von Wasser und Seife, wobei das Hautfett entfernt und die Hornzellen mazeriert werden, befördert wird. Auf die Erkrankungen nach einzelnen Gewerben einzugehen, erübrigt sich, da sie im allgemeinen auch bei unseren Handarbeitern in der gleichen Weise auftreten und entsprechend beschrieben worden sind. Die prophylaktischen Maßregeln richten sich nach den jeweils vorliegenden Verhältnissen. Bei Personen, die sich häufig waschen müssen, ist die Haut danach gut zu trocknen und einzufetten. Fendt-Wiesbaden.

Über die gewerblichen Hautkrankheiten an der Hand, von PIERRE HUE. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Über Ätzgeschwüre nach Wasserglas (Kieselsaures Natrium), von ALFRED PERUTZ-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 47.) In einer Kartonagenfabrik erkrankten drei Arbeiter an scharfrandigen, wie mit einem Locheisen ausgeschlagenen Geschwüren an den Händen. Als Ursache wurde Wasserglasberührung festgestellt, das in jener Fabrik das Doppelte an Natronlauge enthielt als handelsüblich. Schourp-Danzig.

Dermatitis nach Anwendung von Arnika, von F. R. PROCTOR-SIMS-London. (Brit. med. Journ., 21. Dez. 1912.) Zur Behandlung einer Kontusion an der Lenden- und Sakralgegend applizierte eine junge Frau sich Arnikatinktur in ziemlich ausgiebiger Weise. Es entwickelte sich eine sehr lebhafte Dermatitis nicht nur an dem behandelten Gebiete, sondern auch im Gesicht und am Arme und verging erst unter geeigneter Behandlung in einigen Tagen.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Primeldermatitis; ihr Vorkommen in ländlichen Bezirken, von H. A. SHARPE-Chikago. (Journ. amer. med. assoc., 14. Dez. 1912.) Auf dem Lande wird die Primeldermatitis besonders verursacht durch die Primula farinosa Linné, die im Süden von Wisconsin, Minnesota und Michigan und im nördlichen Illinois wild wächst. Drei Stadien sind zu unterscheiden: das akute, das subakute mit jährlichen Verschlimmerungen im Frühling und das chronische. In Primelgegenden sieht man nicht allzu selten sich die chronischen Fälle über 10—15 Jahre erstrecken. Die übliche Diagnose ist Ekzem und Dermatitis. Die Landärzte sollen daher des Vorkommens der Primeldermatitis sich bewußt sein.
Fendt-Wiesbaden.

Dermatitis venenata, von C. R. STRATON-Wilton. (Brit. med. Journ., 26. Okt. 1912.) Zu den Pflanzen, deren Saft eine entzündungserregende Wirkung auf die Haut ausübt, gehören nach Verfasser das Heracleum giganteum, ein der Angelika ähnliches Gewächs, und die Feige, Ficus carica. Der Saft von Herakleum erzeugt an allen damit berührten Stellen ein lebhaftes Brennen und Jucken mit nach-

Digitized by Google

folgendem Erythem und Bläschenbildung, jedoch ohne Neigung zu weiterer Ausbreitung. Kalmierende Mittel bewirken eine rasche Beseitigung der Läsionen. Das Betupfen der Haut mit dem Safte der Zweige oder Blattstengel der Ficus erzeugt nach schnell vergehenden Reizerscheinungen eine lokalisierte intensive Pigmentierung von bräunlicher Färbung, welche viele Jahre bestehen zu bleiben scheint. Philippi-Bad Salzschlirf.

Neurotische Entzündungen.

Herpes zoster im Wochenbett, von Hans Kunz-Dresden. (Centralbl. f. Gynaekol., 1913, Nr. 4.) Bericht über einen Herpes zoster pectoralis bei einer Wöchnerin nach einer unkomplizierten Geburt und bei reaktionslosem Wochenbette. Neuralgische Schmerzen traten nicht auf, ein ätiologisches Moment konnte nicht gefunden werden. N. Lautsch-Graudenz.

Herpes zoster, Headsche Zonen und Nierenerkrankungen, von G. Minerbi. (Morgagni, 27. Okt. 1912.) Sammelreferat über die neueren Arbeiten, welche einen Zusammenhang von Herpes zoster und hyperästhetischen Zonen der Haut mit Nierenaffektionen zum Thema haben. A. Gunsett-Straßburg.

Tuberkulose und Herpes zoster, von Bornardeau. (Prov. méd., 1912, Nr. 44.) Herpes zoster ist ein Symptom, welches bei vielen allgemeinen und Infektionskrankheiten den Anfang macht. Oft eröffnet er die Szene bei Tuberkulose. Verfasser sieht ihn als Nervenlokalisation im Verlaufe einer Bazillämie an.

Der Fall, den Verfasser veröffentlicht, ist ein Offizier: dieser erkrankte im Anschluß an eine Erkältung an Zoster, der vom Ende der Lendenwirbelsäule über das Gesäß sich spiralig um den Oberschenkel nach dem inneren Kreuzbein zog. Nach einigen Wochen erlitt der Kranke einen Stoß gegen die Kreuzbeingegend, dem Bildung eines Hämatoms folgte. Aus diesem entpuppte sich eine Knochentuberkulose, an der der Kranke nach einem Jahre zugrunde ging. Der Patient hatte sechs Jahre vorher einen Lungenspitzenkatarrh und drei Jahre vorher eine Rippenfellentzündung durchgemacht. Beide waren dem Anschein nach gut geheilt. Werther-Dresden.

Spontane Ecchymosenbildung beim Zoster. 3 Fälle, von Teodoro Gaztelu. (Rev. Ibero-Amer., Nov. 1912, Nr. 49.) Es handelte sich in den beschriebenen Fällen um eine zosteriforme Disposition von Ekchymosen genau im Gebiete eines Nerven lokalisiert. Dem Auftreten dieser merkwürdigen Zosterform gingen immer intensive Neuralgien des betreffenden Nerven voraus.

A. Gunsett-Straßburg.

Epidermolysis bullosa, von G. Labernadie. (Thèse de Bordeaux, 1912.)

Fritz Loeb-München.

Kritische Studie über die Grenzen des polymorphen Hebraschen Erythems, von Georges Brac. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

14. Juni 1913 | Nr. 24 | Band 56

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der Wiener allgemeinen Poliklinik (Vorstand: Prof. Dr. G. Nobl).

Beitrag zur Kenntnis der Alopecia neurotica.

Von

Dr. Hans Rock, Assistent der Abteilung.

(Mit 1 Abbildung.)

Unter den ätiologischen Momenten, welche als ursächliche Erklärung für das Zustandekommen einer Alopecia areata herangezogen wurden, hat selbst in der Blütezeit der parasitären Theorie und ihrer Verfechter stets auch die ältere von v. Bärensprung inaugurierte Auffassung eine Rolle gespielt, es handle sich bei gewissen Typen von Haarausfall um ein Symptom trophoneurotischer Störungen. Weitgehendere kausale Differenzierungen unternahm Michelson (1), der auf Grund eigener klinischer Beobachtung sowie kritischen Sichtens aller bis dahin erschienenen Mitteilungen über Alopezie eine Gruppe hierher gehöriger Erkrankungen als Alopecia neurotica von den übrigen Formen unbekannter Ätiologie streng schied und diesem Sammelnamen nur jene Fälle unterstellte, welche sich als sekundäre Zustände irgend welcher neuropathologischer Veränderungen erwiesen. Diese können nun nach dem von ihm aufgestellten System sein: 1. traumatische Affektionen des Zerebrums oder der peripheren Nerven und 2. innere Erkrankungen des Nervensystems. Klinisch ist diese von der Alopecia areata vollkommen abzutrennende Alopecia neurotica charakterisiert durch ihren nicht scharf ausgeprägten Typus und azyklischen Verlauf (Auspitz), ferner durch das Vorkommen von Lanugohaaren im befallenen Areale, sowie durch ihre nicht gar so seltene Kombination mit Verfärbung der gesund gebliebenen Haarbezirke. „Unter diesen Umständen erscheint es nicht zweckmäßig, die scharf markierten Umrisse des Krankheitsbildes der Alopecia areata durch Hinzuziehung dieses Materiales zu verwischen. Dabei soll indes nicht die Möglichkeit in Abrede gestellt werden, daß auch eine durch neurotische Einflüsse herbeigeführte Schwächung der Körperkonstitution gelegentlich zum Entstehen der Alopecia areata prädisponieren kann“ (Michelson).

Diese so prägnant gefaßte Formulierung, welche auch durch den letzten Zusatz die Eventualität von Übergangsfällen berücksichtigt, hat

Digitized by Google

trotz vielfachen Zitierens dieses Autors bemerkenswert wenig Beachtung in der einschlägigen Literatur gefunden. Einzig und allein JOSEPH (2) in seinem Lehrbuche der Haarkrankheiten hat sich konsequent an den übersichtlichen Einteilungsmodus MICHELSONS gehalten und denselben durch die dritte Kategorie der im Anschlusse an „Gemütserregungen" sich entwickelnden Alopecia neurotica zweckmäßig erweitert.

Ich möchte daher gelegentlich der Publikation eines auf der Abteilung meines Chefs, Hrn. Prof. NOBL, zur Beobachtung gelangten Falles von universeller Alopecia neurotica infolge Choks die vorhandene Literatur nach oben erwähnten Gesichtspunkten systematisch ordnen und schließlich unseren Fall entsprechend einreihen.

I. Alopecia neurotica nach traumatischen Affektionen des Zerebrums und der peripheren Nerven.

COOPER TODD (3) (zit. nach MICHELSON) berichtet über einen 46 jähr. Mann, der von einem Wagen stürzte. Darauf erfolgte Hemiplegie, Verlust des Bewußtseins und Delirien. Nach Eintritt der Besserung persistierten Kopfschmerzen und im weiteren Verlaufe beginnen der Reihe nach Bart-, Haupt- und Körperhaare bis zur vollständigen Kahlheit auszugehen.

HOLMES (4) erwähnt einen Fall, bei welchem ein Blitzschlag auf den Kopf den Verlust der Haare und Nägel zur Folge hatte (zit. nach MICHELSON).

MICHELSON (1) beschreibt, daß ein Mann bei Löscharbeiten während eines Brandes durch den verkohlten Boden eines Zimmers in das nächst untere Stockwerk stürzte. Danach soll er ein ganzes Jahr ohne Bewußtsein krank im Bette gelegen sein. Als er endlich aufstehen konnte, war sein Haarbestand bereits ein sehr reduzierter. Während des folgenden Jahres verlor er auch noch die restlichen Haare. Die Alopezie hat durch 40 Jahre (nach dieser Zeit sah ihn MICHELSON das erste Mal) angehalten.

RAVATON (zit. nach MICHELSON) sah nach Gehirnerschütterung halbseitiges Ausfallen sämtlicher Haare der Kopf- und Gesichtshaut in Verbindung mit Amaurose des Auges derselben Seite.

COLLIER (5) veröffentlicht einen von ihm beobachteten Fall, bei dem es sich allerdings um einen erblich belasteten, nervösen Knaben handelt, der nach einem Faustschlage in die Gegend des linken Ohres an heftigen neuralgischen Schmerzen von zweiwöchentlicher Dauer litt. Nach Aufhören derselben Beginn einer halbseitigen Alopezie am Haupte links.

CROCKER (6) behandelte ebenfalls einen Knaben, der infolge Sturzes auf den Kopf an einer vollständigen, jeder Therapie trotzenden Alopezie litt.

MICHELSON (7) zitiert unter seinen im Jahre 1883 publizierten Fällen einen von ihm gesehenen 43 jähr. Patienten (K. D.), bei dem seit 30 Jahren eine totale Alopezie bestand. Diesen Haarverlust führte der Mann auf zahlreiche Erkältungen — er hütete als Knabe Pferde und watete damals fast täglich stundenlang im Wasser — sowie vor allem auf einen heftigen Sturz auf den Hinterkopf zurück. Den Beginn der Alopezie leitete auch hier wieder Kephalea ein.

TYSONS (8) Patient war ein 21 jähr. Kellner; dieser wies nach Sturz vom Pferde einen Gedächtnisdefekt auf. Innerhalb eines Monates verlor er im Anschlusse an das erlittene Trauma alle Haupthaare.

Digitized by Google

Schütz (9) bereicherte die Kasuistik um fünf Fälle. Die zwei ersten sollen hier kurze Erwähnung finden, während Fall 3—5 von ihm grundlos als Alopecia „neurotica" angesprochen werden.

1. Ein 8 jähr. Knabe wird beim Haarschneiden durch einen Scherenschlag in der Gegend des Hinterhauptes verletzt. Von dieser mit Narbe heilenden Wunde aus entwickelt sich eine streifenförmige Alopezie am Hinterhaupte, die auf therapeutische Maßnahmen wieder vollständig abheilt.

2. Ein 12 jähr. Knabe stürzt beim Turnen vom Barren. Kurze Zeit Bewußtlosigkeit, bald darauf Alopezieherde am Kopfe, die ebenfalls unter Therapie wieder zur Norm zurückkehren.

Stepp (10) hatte als Bahnarzt Gelegenheit, zwei Fälle von Alopezie als offenkundige Folgeerscheinung traumatischer Neurosen zu sehen. Der erste betrifft einen 46 jähr. Mann, der nach Sturz vom Wagen bei einer Zugentgleisung im Laufe des folgenden Jahres unter Auftreten heftiger neuralgischer Schmerzen Bart- und Kopfhaare teilweise verlor, teilweise ergraute. Seine Gesichtszüge nahmen gleichzeitig ein greisenhaftes Aussehen an.

Fall 2 ist ein 38 jähr. Lokomotivführer, der infolge eines Zusammenstoßes aus der Maschine herausgeschleudert wurde und 15 Minuten bewußtlos liegen blieb. Sieben Monate danach Beginn einer Alopezie, die zu vollständiger Kahlheit am Kopfe sowie am Barte und den Augenbrauen führte. Auch dieser Patient klagte über Neuralgien.

Palm (11) demonstrierte in der Berliner dermatologischen Vereinigung einen 12 jähr. Knaben, der in seinem zweiten Lebensjahre mit dem Kopfe gegen einen spitzen Stein fiel. Um diese Stelle etablierte sich eine Alopezie, welche stationär blieb.

Stowers (12) beobachtete einen 10 jähr. Knaben mit einer Alopezie in der Gegend des linken Parietalbeines. Dieselbe entwickelte sich im Anschlusse an eine Fraktur dieses Knochens infolge Sturzes vom Dache.

Richter (13) beschrieb ebenfalls das Auftreten einer Alopezie, deren Entstehung auf Sturz zurückgeführt werden konnte. Eine 52 jähr. Frau fiel von einem Wagen, blieb bewußtlos liegen und hatte nach diesem Unglücksfalle durch mehrere Monate ein „taumeliges" Gefühl, rechtsseitige Kephalea, oftmaliges „Glühen" der rechten Backe; objektiv nachweisbare Tendovaginitis crepitans im Nacken. $1^1/_2$ Jahr nach dem Unfalle Entwicklung zweier zirka fünfmarkstückgroßer Alopezieherde in der Scheitelgegend.

Wechselmann (14) berichtet von einem 27 jähr. Manne, der am 19. I. 1904 bei Glatteis auf die rechte Seite des Hinterhauptes stürzte. Nach dem Falle verlor er einige Minuten das Bewußtsein. Auftreten von heftigen Kopfschmerzen, Empfinden von „elektrischen" Schlägen durch den Körper nach dem Kopfe. April 1905 Beginn des Haarausfalles. Im Juni 1906 waren dann die Haare wieder teilweise nachgewachsen. Während aber früher das Haar hellbraun gefärbt war, zeigte der Nachwuchs dunkelbraun und grau gefärbte Haare. Fünfmarkstückgroße Alopezieherde am Schädel, mit feinsten Lanugohärchen spärlich bedeckt, auf den Augenbrauen reduzierter Haarbestand, statt Bart 1—2 cm lange Lanugohaare, Ober- und Unterarme sowie Oberschenkel kahl, Unterschenkel und Handgelenke etwas behaart.

Ferner erwähnt derselbe Autor einen Straßenbahnarbeiter, der von einem Motorwagen niedergestoßen wurde und im Anschlusse an dieses Trauma an einer ausgedehnten Alopezie litt.

Jaquet (15) berichtet über einen Patienten, der drei Schüsse in den Schädel bekam. Eine Kugel wurde extrahiert, zwei Kugeln verblieben, wie das Röntgenbild zeigte, rechts und links in der Gegend des äußeren Gehörganges. In diesem Falle war neben Kopfschmerz, Hemiparese rechts, linksseitige Neuralgie sowie eine zwei Jahre später auftretende Alopezie in der linken Temporoparietalgegend zu beobachten.

Digitized by Google

Auch Wechselmann (14) konnte bei einem 46 jähr. Selbstmörder im Umkreise der Stelle, wo er sich anschoß, eine Alopezie konstatieren.

Fischer (16) beschreibt Defluvium capillorum an den Extremitäten nach Schußverletzungen der Nervenstämme. Dem Ausfalle pflegte in der Regel starkes Wachstum der Haare voranzugehen.

Während bei den eben angeführten Fällen ein Trauma in gewöhnlichem Sinne als ätiologisches Moment gelten darf, finden sich in der Literatur auch postoperative Alopeciae neuroticae, also Alopezien nach künstlichen Traumen zu kurativen Zwecken. Einen derartigen Fall beschreibt

Askanazy (17), der im Anschlusse an die Exstirpation eines Tumors des Halses, bei welcher offenbar trophische Nervenfasern geschädigt wurden, einen Alopezieherd an der rechten Stirnhaargrenze feststellen konnte.

Ebenso sah Sprecher (18) bei einer 18 jähr. Arbeiterin, der mehrere posterysipelatöse Abszesse inzidiert wurden, im Bereiche der rezenten Narben acht Alopezieherde beiderseits in der Frontal- und Parietalgegend sich entwickeln.

H. Schultzes (19) Bericht enthält die Beschreibung des Auftretens von einer bedeutenden Atrophie der Weichteile des Gesichtes nach rechtsseitiger Fazialislähmung durch Schädelbasisfraktur (?) sowie einer Alopezie in der rechten Stirngegend.

Dieser letzterwähnte Fall kann ätiologisch als Übergang von traumatischer Alopezie und Alopecia neurotica im Anschlusse an innere Erkrankungen des Nervensystems angesehen werden, da die Entscheidung, ob das Trauma die für die Existenz der Haare notwendigen trophischen und vasomotorischen Nervenfasern geschädigt oder die durch dasselbe bedingte Fazialislähmung, welche ja eine Atrophie in toto zur Folge hatte, das die Alopezie auslösende Moment gewesen, in suspenso gelassen werden muß.

Ein Überblick über die 23 zusammengestellten Fälle zeigt, daß beinahe typisch Sturz und dabei Erschütterung des Gehirns mit sich daranschließenden nervösen Symptomen, wie Kephalea und Neuralgien, ätiologisch eine Hauptrolle spielen, während Verletzungen von offenbar trophischen Hautnerven (operativ, Verletzung beim Haarschneiden, Blitz) viel seltener pathogenetisch Erwähnung finden. Das Überwiegen zentraler Schädigungen als Ursache von Alopecia neurotica traumatica verglichen mit den Resultaten anatomischer Untersuchungen von Büdinger, Scagliosi und Schmaus, welche bei derartigen mäßigen Gehirnerschütterungen Quellung und Degeneration der Achsenzylinder, Markzerfall, Erweichung, Gliose mit Höhlenbildung, ferner Chromatolyse und Homogenisierung des Kernes sowie intrazelluläre Vakuolenbildung und variköse Atrophie fanden, läßt diese pathologischen Veränderungen auch für das Entstehen der Alopezie verantwortlich werden.

Digitized by Google

II. Alopecia neurotica nach inneren Erkrankungen des Nervensystems.

Michelson (7): 1. Patient R. W., 17 jähr.: derselbe hat zahlreiche, langdauernde, den Körper schwächende Krankheiten durchgemacht. Er leidet seit längerer Zeit an heftigen Kopfschmerzen, erscheint, nervös und reizbar. Die bei ihm bestehende Alopezie ist total, doch sind allenthalben sporadisch auftretende Lanugohaare bei seitlicher Betrachtung deutlich wahrnehmbar.

2. 19 jähr. Patient S., hat zweimal Pneumonie durchgemacht, litt an Chorea minor. In seinem 7. Lebensjahr begannen ihm die Haare auszufallen. An Kopfschmerzen hat er nie gelitten. Jetzt in seinem 19. Lebensjahre präsentiert sich die Alopezie folgendermaßen: mehrere große, mit Lanugohaaren spärlich bewachsene Alopezieherde am Kopfe. Er trägt eine Perücke, doch wachsen die Lanugohaare hier und da derart in die Länge, daß er sie der Perücke wegen schneiden lassen muß. Oberlippe und Kinn kahl, keine Lanugohaare. Untere Extremitäten zeigen spärlichen Haarwuchs.

3. Albert P., elf Jahre alt, litt in den ersten zwei Lebensjahren an den Folgen einer Arsenikvergiftung (Wohnung der Eltern war grün tapeziert; Intoxikation der gesamten Familie). Die schwächliche Konstitution des Patienten wird von den Angehörigen auf die Vergiftung zurückgeführt. Der Knabe leidet an heftigen Kopfschmerzen, die sehr häufig auftreten. Seit einem Jahre besteht bei ihm ein Alopeziefleck am linken Scheitelbein in den Dimensionen 7 : 4 und ein talergroßer Herd in der Gegend des Haarwirbels seit $^1/_4$ Jahr.

Page (20) führt einen Fall an, bei welchem es sich um ein 17 jähr. Mädchen handelte, das durch mehrere Tage an heftigen Kopfschmerzen litt. Als sie nun eine Waschung des Haupthaares mit warmem Wasser vornahm, bemerkte sie plötzlich, daß dieselben auf der linken Seite leicht ausziehbar waren, während auf der rechten Seite unter stechenden Schmerzen im Innern des Kopfes sich die Haare innerhalb zwei Minuten zu einem unentwirrbaren Konvolute zusammenballten.

Deghilage (21) erwähnt die Kombination von beiderseitiger Trigeminusneuralgie mit Auftreten von entsprechenden Alopezieherden.

Urbantschitsch (22) beobachtete gleichfalls eine mit Neuralgie vergesellschaftete Alopezie. Er sah bei einem 30 jähr. Patienten unmittelbar im Anschlusse an einen typischen neuralgischen Anfall im Bereiche der Rami temporales dextr. des N. auriculotemporal. n. V in der rechten Schläfengegend die Haare glanzlos, spröde werden und schließlich ausfallen. Der Nachwuchs an der erkrankten Stelle bestand fast nur aus weißlich gefärbten Haaren. Die Veränderung hatte entsprechend den Nervenverzweigungen eine Ausdehnung nach oben und nach rückwärts in die Gegend des Hinterhauptes und bis an die Medianlinie heran, die aber nicht überschritten wurde.

Heuss (23) schildert eine Alopezie im Bereiche des Bartes. Es handelte sich um einen Mann, der durch drei Jahre geschäftlich überanstrengt war. Von dieser Zeit an begann sich eine Alopeziestelle mitten in seinem Vollbarte zu entwickeln. Außerdem konnten Pigmentanomalien im Haarbestand sowie Haarboden konstatiert werden.

Mosher (24) beschreibt eine Alopecia neurotica bei gleichzeitig bestehender Poliomyelitis anterior.

Auch im klinischen Bilde der fortschreitenden Gesichtsatrophie (Romberg, Samuel, Virchow), welche das Fettpolster der Haut sowie die Knochen, seltener die Muskeln befällt, findet sich hier und da nach Romberg, Berthold, Hueter, Axmann und Gilmey Alopezie vor.

Digitized by Google

Neisser (25), Dubreuilh (26), Ladame (27) und Gifford (28) beobachteten Haarausfall bei Hysterie.

Interessant in ätiologischer Hinsicht ist ein Vergleich der in der Gruppe II zusammengestellten Fälle mit der Kasuistik der traumatischen Alopecia neurotica. In beiden Serien finden sich ja Kopfschmerzen und Neuralgien als Prodrome des Haarausfalles. An die Stelle des Traumas, der plötzlichen auslösenden Ursache, sind allerdings länger andauernde, den Organismus allgemein schwächende Schädlichkeiten getreten, doch kann man aus der Reihe der angeführten Krankengeschichten ganz gut die aus voller Gesundheit heraus sich entwickelnden genuinen Neuralgien mit Traumen in Parallele setzen und so Grenzfälle und Übergänge zwischen den beiden Gruppen aufstellen, ebenso wie die Alopezie erzeugende Hysterie ungezwungen zu der Kategorie des nervösen Haarausfalles nach Gemütserregungen hinleitet. Die angeführten Hysterie-Alopezie-Beobachtungen finden in den Schilderungen von Räuber, Lejard, L. Meyer, Neftel und Troisfontaines ihre Ergänzung, welche Koizidenz von trophischen Störungen kutaner Gebilde mit Psychoneurosen konstatieren konnten.

Räuber (29) sah einen Epileptiker, bei dem während des Anfalles das Haar glanzlos, brüchig und spröde wurde. Die Haare kräuselten und verfilzten sich.

Lejard (30) beobachtete bei Kretins ähnliche Veränderungen, auch fand er trophische Störungen der Nägel und Zähne.

Troisfontaines (31) beschreibt eine 32jähr. Frau, welche durch sechs Wochen an maniakalischen Delirien litt, in den folgenden Jahren sämtliche Kopfhaare innerhalb von vier Wochen verlor, gleichzeitig aller Nägel verlustig ging und im Laufe der nächsten vier Monate ein Nachwachsen aller dieser Gebilde aufwies.

L. Meyer (32) gibt an, daß er bei sogenanntem „Zirkelwahnsinn" im Stadium der Melancholie Abnahme des Haarwachstums feststellen konnte, während

Neftel (33) typische Melancholie mit Haarwachstumsstörungen vergesellschaftet fand, so zwar, daß der Besserung der Psychose Zunahme des Längen- und Dickenwachstums der Haare vorausging.

III. Alopecia neurotica nach Gemütserregungen.

Zu dieser eigentümlichen Form der Alopezie führt ein Fall, welcher bei Unna Erwähnung findet:

Bei einem 27jähr. Mädchen traten nach Schreck Hemikranie epileptiforme Anfälle und im Anschlusse an diese universelle Alopezie auf.

Hier ist also ein psychisches Trauma (Schreck) mit konsekutiver Psychose dem Haarausfalle vorangegangen. Indes enthält die Literatur zahlreiche Fälle, die den Zusammenhang zwischen Alopezie und seelischem Affekte deutlicher demonstrieren. In der erst jüngst von Pöhlmann (34) publizierten Arbeit sind viele derartige Beispiele aufgezählt, die ich nur der Vollständigkeit halber wieder zitiere. Ich bemühte mich die von ihm zusammengetragene Kasuistik zu erweitern.

Digitized by Google

Fredet (35): Ein Mädchen saß am Fenster, als unter ihr der Boden einbrach. Um nicht in das nächstuntere Stockwerk zu stürzen, klammerte sie sich an den Fensterrahmen und blieb längere Zeit in dieser Lage hängen, bis man ihr Hilfe brachte. In der folgenden Nacht wurde sie von heftigem Kopfweh befallen. Ihre Finger begannen konvulsivisch zu zucken. Auch klagte sie über starkes Jucken der Kopfhaut. Nach zwei Tagen fingen die Kopfhaare an auszugehen. Dann Auftreten allgemeiner Alopezie, die trotz zwei Jahre währender Behandlung bestehen blieb.

Kenney (36) sah eine universelle Alopezie nach Schreck, verursacht durch einen Blitz, der in einen Baum schlug, unfern dessen der Patient zufällig stand.

Tyson (8) berichtet von einem Schuhmacher, welcher auf einem Dache einschlief und durch einen Donnerschlag während eines Gewitters geweckt wurde, wodurch er in heftigen Schreck geriet. Zwei bis drei Tage später Auftreten eines profusen Haarausfalles.

Leloir (37) erwähnt eine Dame, welche auf mehrere (3) Choks jedesmal mit Neuralgie und Alopezie reagierte.

Askanazy (17) sah in Michelsons Poliklinik bei einem Manne, der an Halluzinationen innerhalb der Sexual-, Gehör- und Geruchsphäre litt und einen Selbstmordversuch unternahm, Alopezieherde in der Schamgegend, sowie bilat. sym. in der Zone des N. auriculotemporal.

Brousse (38) hat einen Fall publiziert, demzufolge eine 29 jähr. sehr nervöse Frau infolge von Gemütserschütterungen innerhalb gewisser Schmerzpunkte am Kopfe kahl wurde. Nachdem dreimal in schneller Folge Haarregeneration sich einstellte, trat beim vierten Male ein totaler Haarschwund am Kopfe ein, der zur Zeit der Beobachtung bereits ein halbes Jahr unverändert persistierte.

Bryant (39) erzählt von zwei Damen, die einen Knaben ertrinken sahen und darüber in Schreck und Aufregung gerieten; bei der einen stellte sich Ikterus, bei der anderen totale Alopezie ein.

Gebert (40) behandelte eine 31 jähr. Patientin, welche im Zeitraume von neun Jahren zweimal durch den Tod von Anverwandten in seelische Aufregungen versetzt wurde, die beide Male Alopezie zur Folge hatten.

Bayet (41): Ein Briefträger wurde von einem Hunde angefallen und erschrak darüber heftig. Nach acht Tagen Verlust der Haupthaare.

Fearce (42): Eine 27 jähr. Dame hatte vielfach seelische Aufregungen durchzumachen und verlor innerhalb zweier Monate nach vorübergehender Herpesaffektion ihre Kopf-, Gesichts- und Genitalhaare. Während dieser Zeit traten mehrere Male vasomotorische Störungen, wie Lid- und Fingerödeme auf.

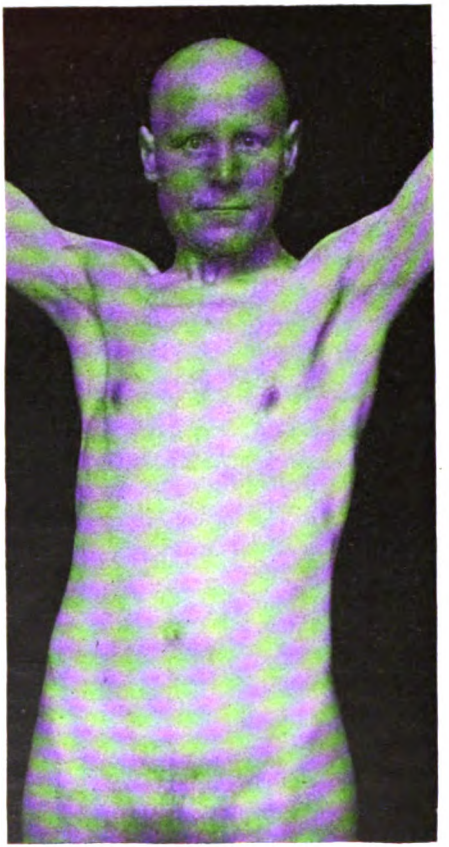
Wechselmann (14): Ein Bademeister sah einen Schwimmer, der seiner Aufsicht unterstellt war, untergehen. Nach acht Tagen trat bei ihm eine Alopezie am Barte auf. Derselbe Autor zitiert ferner Beobachtungen von Crocker, nach welchen bei einem Knaben infolge plötzlichen Schreckens allgemeiner Haarausfall begann.

Pöhlmann (34) referiert in seiner bereits erwähnten Arbeit über einen 34 jähr. Maler aus München, der mit seinen Begleitern auf einer Bergtour in eine lebensgefährliche Situation geriet und total erschöpft von einer zweiten Expedition aufgefunden und geborgen wurde. Wenige Tage nachher begannen Alopezie und Kanities rechts. Nachwachsende Haare grau. (Außerdem erwähnt Pöhlmann, daß nach „Zeitungsberichten" vier Feuerwehrleute, die bei einem großen Benzintankbrand in Lebensgefahr gerieten, sämtliche Körperhaare verloren haben sollen.)

Der an unserer Abteilung zur Beobachtung gelangte Fall bietet folgende Anamnese:

Digitized by Google

41 jähr. Motorführer der elektrischen Straßenbahn in Wien, J. L., verheiratet, kinderlos. Die Mutter des Patienten lebt und ist gesund, der Vater starb an Lungentuberkulose. Drei Geschwister leben und sind gesund, vier Geschwister starben im ersten Lebensjahre. Patient hat mehrere Male Lungenspitzenkatarrhe durchgemacht; seit er Motorführer ist (15 Jahre), leidet er an häufigen rheumatischen Schmerzen. Seine Frau hat zweimal abortiert und leidet an Kephalea. WASSERMANN positiv. Patient leugnet, jemals eine Geschlechtskrankheit gehabt zu haben. (WASSERMANN negativ.)



In der Nacht vom 22. Oktober auf den 23. Oktober 1912 stieß ein Automobil in voller Fahrt an den Motorwagen der Elektrischen, die der Patient lenkte, und zertrümmerte das gläserne Schutzfenster, die Brüstung wurde eingedrückt. Der Motorführer bremste mit aller Kraft und wurde, als er bemerkte, daß die Karambolage trotzdem unvermeidlich sei, vor Schrecken und Todesangst einige Minuten bewußtlos, stürzte aber nicht zu Boden, da er sich an der Bremse festhielt. Er wurde durch einen Glassplitter unbedeutend am Finger geritzt, erlitt aber sonst keine Verletzung. Patient konnte nach dem Unfalle den Wagen noch in die Remise dirigieren, gab bei der Aufnahme des Protokolles ganz geordnete Antworten, es traten aber zuckende Schmerzen in der Sternalgegend und in der Gegend der rechten oberen Brusthälfte auf, die an Intensität seither nicht abnahmen. Einige Tage nach dem Unfalle begannen dem Patienten die Haare auszugehen. Dieses Defluvium dauerte durch fünf Monate an.

3. III. 1913. Status praesens: Kräftig entwickelter, übermittelgroßer Mann, Knochenbau und Konfiguration der Muskulatur normal. Seit drei Jahren künstliches Gebiß. Über der rechten Lungenspitze Dämpfung. Sensibilitätsprüfung ergibt nichts Abnormales. Farbe der Haut leicht gelblichweiß. Vollkommenes Fehlen der Haare am Kopfe, an den Augenbrauen sowie in der Kinn-, Wangen- und Lippengegend. Zilienbestand beiderseits reduziert. Am Kopfe spärliche Lanugohaare von der Seite her wahrnehmbar. Dieselben sind auch am Kinn zu sehen, folgen jedoch überall dem leisesten Zuge. In beiden Achselhöhlen sowie in der Schamgegend reduzierter Haarbestand. Die noch bestehenden Haare sind allenthalben leicht ausziehbar und verdünnt. Haarzwiebel ist makroskopisch nicht zu sehen. Die Haare der Achselhöhle haften relativ am festesten, doch verursacht auch hier wie sonst die Epilation dem Patienten keinerlei Schmerzen. Unter dem Mikroskop präsentiert sich das Haar in seinem unteren Drittel auffallend pigmentarm und verdünnt. Interessant sind die Veränderungen bezüglich seiner Begrenzung. Nicht nur, daß der

Digitized by Google

Schaft in toto reduziert erscheint, es ist überdies noch eine flaschenhalsähnliche Partie zu bemerken, welche einerseits in das atrophische Haar, andererseits in den verkleinerten und sattellosen Kolben übergeht. Die Konfiguration der Hautoberfläche zeigt ein normales Aussehen, keine Entzündungsherde, Follikel überall erhalten. Die über die linke Trapeziusfalte ziehende Haut zeigt weißliche Narbenzüge. Ebenso ist auf der Haut des rechten Oberschenkels eine strichförmige und eine zweikronenstückgroße, strahlenförmige, am Rande braun pigmentierte und in der Mitte bläulichweiß gefärbte Narbe sichtbar. (Nach Angabe des Pat. sollen dies Residuen von Abszessen sein, die vor einer größeren Anzahl von Jahren bestanden.) Die Haut des Stammes vollkommen haarlos, einzelne Akneknötchen und Hämangiome sowie vereinzelte Epheliden zeigend. Auf der Innenseite beider Oberschenkel lange, vereinzelte, festhaftende Haare sichtbar. Früher soll auch hier reichlicher Haarwuchs vorhanden gewesen sein. Durch die Haut der Oberschenkel schimmern ektatische Venenzüge. Perianalgegend haarlos. Hämorrhoidalknoten. Waden kahl.

7. IV. 13. Sensibilitätsprüfung für Kälte- und Wärmeempfindung, Taktilität und Tiefenempfindung ergibt nichts Abnormales. Kopf erscheint vollkommen kahl, Lanugohaare verschwunden. Am Okziput und in der linken Schläfengegend sehr spärlicher Nachwuchs. Haare sind schwarzbraun gefärbt und sehr leicht ausziehbar. Spärliche Epheliden im Gesichte. Die Zilien fehlen am linken Auge vollständig, rechts vier am oberen und zwei am unteren Lid erhalten. Superzilien fehlen vollständig, keine Spur von Nachwuchs. Präaurikulargegend links spärlicher Nachwuchs von sehr leicht ausziehbaren, kolbenlosen, braunschwarzen Haaren. Präaurikulargegend rechts kahl. Sonst Status idem.

Wir haben es hier also mit einer Alopecia neurotica nach Chokwirkung zu tun.

Wenden wir uns der Frage nach der Pathogenese dieser Kategorie von Alopecia neurotica zu, so erscheinen die Befunde von Ossipow und Noiszewski (Neurolog. Zentralbl., 1899, Bd. 18) bemerkenswert. Diese Autoren betrachten die Haarempfindlichkeit des Körpers als eine Sensibilität sui generis, die durch besondere von den Hautnerven desselben Bezirkes differente Nervenendigungen bedingt ist. Offenbar ruft der Chok eine spastische Kontraktur der die Haarpapille versorgenden Kapillaren hervor, wodurch die Ernährungsbedingungen für das Haar insultiert werden. Allerdings dürfte sich in dem Tatsachenmaterial der Pathologie kaum hierfür ein Analogon finden, da ja das die Alopezie auslösende psychische Trauma gegenüber der Dauer der bleibenden Haarlosigkeit verschwindend kurz währt. Es muß demnach die Beantwortung dieser Frage offen bleiben.

Literatur.

1. Michelson, in Ziemssen, Hautkrankheiten, 2. Bd., S. 139: Alopecia neurotica. 1884. — 2. Joseph, Lehrbuch d. Haarkrankheiten. 1910. — 3. Cooper Todd, Lancet, 1869. — 4. Holmes, System of Surgery, zit. bei Todd. — 5. Collier, Lancet, 1881. — 6. Crocker, zit. bei Robinson, Monatsh. f. prakt. Derm., 1881. — 7. Michelson, Samml. klin. Vortr., hrsg. v. Volkmann, Nr. 120. — 8. Tyson, Lancet, Februar 1886. — 9. Schütz, Münch. med. Wochenschr., 1889, Nr. 8; Beitr. z. Ätiologie d. Alop. ar. Monatsh. f. prakt. Derm., 1887. — 10. Stepp, Dtsch. med. Wochenschr., 1889, Nr. 4. —

Digitized by Google

11. Palm, Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1896, Bd. 23, S. 69. — 12. Stowers, Derm. Gesellsch. v. Großbr. u. Irland, 25. XI. 1896. — 13. Richter, Berl. klin. Wochenschr., 1902, Nr. 52. — 14. Wechselmann, Dtsch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 46. — 15. Jaquet, Ann. de Derm. et de syph., 1906. — 16. Fischer, zit. bei Michelson, in Ziemssens Handbuch. — 17. Askanazy, Arch. f. Derm., 1890, Bd. 22. — 18. Sprecher, zit. bei Pöhlmann, Arch. f. Derm., Bd. 114. — 19. H. Schultze, zit. bei Michelson, in Ziemssens Handbuch. — 20. Page, Brit. med. Journ., 26. I. 1884. — 21. Deghilage, Arch. belgique méd., 1884. — 22. Urbantschitsch, Wien. med. Presse, 1874. — 23. Heuss, Monatsh. f. prakt. Derm., 1896. — 24. Mosher, Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1899, Bd. 29, S. 178. — 25. Neisser, Bresl. ärztl. Ztschr., 1888, Nr. 3. — 26. Dubreuilh, zit. nach Joseph, Lehrb. d. Haarkr. — 27. Ladame, Revue neurolog., 1896. — 28. Gifford, zit. nach Joseph. — 29. Räuber, Virchows Arch., 1884, Bd. 97. — 30. Lejard, Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1893, Bd. 16, S. 341. — 31. Troisfontaines, Journ. de mal. cut., 1908. — 32. L. Meyer, Arch. f. Psych., 1873. — 33. Neftel, zit. bei Räuber (29). — 34. Pöhlmann, Arch. f. Derm., Bd. 114. — 35. Fredet, Arch. gén., 1878. — 36. Kenney, Virgin. med. Monthly, 1881, Bd. 8, S. 937. — 37. Leloir, Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1888, S. 857. — 38. Brousse, Ann. de Derm. et de syph., 1891. — 39. Bryant, Revue neur., 1896. — 40. Gebert, Verhandlg. d. Berl. derm. Ges., 1897. — 41. Bayet, Bull. de la soc. belge de derm., 1901. — 42. Pearce, St. Louis Med. and Surg. Journ., 1902.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

März 1913.

1. Tuberkulose und Psoriasis, von G. Petges und Desqueyroux. Die Verfasser bringen die ausführliche Krankengeschichte eines 45jährigen Mannes, der nach einem Trauma von einer starken Schwellung der Hand und der Finger links befallen wurde. Diese ging zurück, blieb aber am Handgelenk und an den Interphalangealgelenken des Mittelfingers zurück. Bald darauf begannen Schmerzen im Nacken und Rücken, und es entstand allmählich eine beträchtliche, immobilisierte Kyphose. Im weiteren Verlaufe wurden noch die Kniegelenke, verschiedene Finger- und Zehengelenke befallen; die Affektion bestand in Schwellung, Erguß und geringer Schmerzhaftigkeit und hatte intermittierenden Charakter. Mehrere Monate nach Beginn des Leidens trat unter Jucken ein Ausschlag auf, der als typische Psoriasis erkannt wurde. An der rechten Lungenspitze Zeichen einer langsam verlaufenden Tuberkulose, starke Tuberkulinreaktion. Um nun behaupten zu können, daß ein Kausalnexus zwischen Psoriasis und Tuberkulose bestehe, mußte erwiesen werden: 1. daß das Gelenkleiden tuberkulöser Natur ist; 2. daß das Zusammentreffen von Gelenkaffektion und Psoriasis nicht zufällig ist, und 3. daß die Psoriasis die Folge einer Imprägnation mit Tuberkelbazillen ist. Den ersten Punkt glauben die Verfasser in positivem Sinne beantworten zu können, da der polyarthritische, deformierende ankylosierende, mit Erguß einhergehende Gelenkprozeß der als tuberkulöser Rheumatismus beschriebenen Affektion gleicht. Ebenso stimmt es, daß es sich um eine wenig progrediente Tuberkulose handelt. Die beiden anderen Fragen können die Verfasser nicht absolut bejahen, doch scheint ihnen aus verschiedenen Analogien die Richtigkeit ihrer Annahme wahrscheinlich. Sie neigen sich also der Ansicht von einem ursächlichen Zusammenhange zwischen Psoriasis und Tuberkulose zu, doch

Digitized by Google

ist dies noch eine wenig gefestigte Annahme, die erst noch vieler Beobachtungen als Stütze bedarf.

2. Pelade und Basedow, von K. Sabouraud. Nachdem der Verfasser in einer früheren Arbeit den Zusammenhang zwischen Pelade und Genitalstörungen der Frau gezeigt hatte, bringt er jetzt einige ausführliche Krankengeschichten von Patienten mit Morbus Basedowii und Pelade. Er kommt zu dem Schlusse, daß manche, fast stets chronische, Fälle von Alopezie direkt mit dem Basedow zusammenhängen. Manche von ihnen bessern oder verschlechtern sich je nach dem Zustande des Basedow. Kinder von Basedowkranken, die an Insuffizienz der Schilddrüse leiden, können Pelade ohne Vitiligo oder Vitiligo ohne Pelade haben. Verfasser weist darauf hin, daß es auffallen müsse, daß man als erste ätiologische Faktoren der Pelade zwei Drüsen mit innerer Sekretion gefunden habe, nämlich Ovarium und Thyreoidea.

3. Syphilis und Lymphomatose, von A. Nanta. Verfasser bringt drei Krankengeschichten von Patienten, die an Syphilis und Lymphomatose litten. Bei den ersten zweien war die Syphilis noch im floriden Stadium. Bei dem ersten der beiden hatte sich im Anschluß an eine Angina specifica eine chronische Entzündung der Tonsillen eingestellt, die zu deren allmählicher Vergrößerung führte. Von hier aus entwickelte sich die Lymphomatose, die allmählich die anderen Organe ergriff. Beim zweiten Falle waren auch spezifische Rachenveränderungen vorausgegangen, doch konnte der Zusammenhang mit der Lymphomatose nicht nachgewiesen werden. Verfasser glaubt, daß in manchen Fällen von Lymphomatose die Syphilis ätiologisch in Betracht käme. Doch handelt es sich nicht um eine syphilitische, sondern um eine postsyphilitische Affektion. Im sekundären und tertiären Stadium kommt es an den befallenen Stellen zu Lymphozytenanhäufungen; diese wuchern dann später selbständig weiter und bedingen die Lymphomatose.

4. Die unmittelbaren Resultate der Syphilisbehandlung mit Salvarsan und Quecksilber, von Ch. Audry. Salvarsan und Quecksilber sind die wirksamsten Mittel zur sofortigen Beseitigung der Symptome. Besonders deutlich wird dies durch Berücksichtigung der Resultate bei Patienten im primären Stadium. Bei Kranken mit Sekundärerscheinungen dagegen kommen die frühen Rezidive ungefähr ebenso häufig wie bei der früheren Behandlung.

5. Neurorezidiv nach Salvarsan in Form einer Interkostalneuralgie, von Paul Ravaut. Ein Patient wurde wegen einer halbjährigen Syphilis mit Salvarsan und Quecksilber behandelt. Etwa $1^1/_4$ Jahr später wurde er von einer heftigen linksseitigen Interkostalneuralgie befallen, die abends exazerbierte und jeder Behandlung widerstand. R. dachte an eine syphilitische Genese des Leidens und machte eine Lumbalpunktion. Es zeigte sich Druckvermehrung, ferner im Liquor Zellvermehrung, Eiweißvermehrung und positiver Wassermann. Durch Enesolinjektionen wurden die Schmerzen beseitigt, der Liquorbefund aber nicht geändert. Die Schmerzen kamen bald wieder. Der Liquorbefund zeigt, daß es sich um eine Radikulitis durch Meningitis handelte. Die Affektion ist den bekannten Neurorezidiven an den Hirnnerven gleichzusetzen. Der Fall lehrt, daß man in ähnlichen Fällen mit der Diagnose einer peripheren Neuritis sehr vorsichtig sein muß.

Richard Frühwald-Leipzig.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie

Sitzung vom 6. März 1913.

1. Ein neues Injektionspräparat zur Behandlung der Lepra, von E. Jeanselme. J. berichtet über ein von ihm hergestelltes mit Guajakol und Kampfer versetztes Chaulmoograölpräparat, das flüssig ist und sehr gute Resultate gezeitigt hat.

Digitized by Google

2. Interne Behandlung der Tuberkulosen, von CH. ABADIE. Verfasser hat bei Tuberkulose der Augen mit folgender Behandlungsmethode ausgezeichnete Erfolge gehabt. Er gibt täglich ein organisches Jodpräparat (am besten Jod-Pepton [Jodogen®]) und läßt abwechselnd an verschiedenen Körperstellen Einreibungen mit Lebertran, dem Guajakol zugesetzt ist, ausführen. Außerdem gibt er innerlich rohes Pferdefleisch oder Fleischsaft. Die guten Erfolge haben Verfasser veranlaßt, diese Methode auch bei anderen Tuberkulosen, z. B. beim Lupus, zu versuchen, und er hat damit die gleichen Resultate erzielt. Die Hauptsache ist, daß man nicht die Geduld verliert und etwa die Behandlung unterbricht. Denn es dauert oft mehrere Monate, bis sich der erste Effekt zeigt; dann tritt die Heilung aber sicher ein. Verfasser zeigt mehrere Kranke, die durch seine Methode geheilt wurden.

3. Multiple Knochen- und Hauttuberkulose bei intakten Luftwegen, von H. HALLOPEAU und FRANÇOIS DAINVILLE. Ein 40jähriger Mann leidet seit 25 Jahren an den verschiedensten Lokalisationen der Knochen- und Hauttuberkulose. Er hat schon mehrere Operationen durchmachen müssen und ist mit Narben bedeckt. Dabei ist bemerkenswert, daß sein Allgemeinzustand ausgezeichnet und die Lunge völlig gesund ist.

4. Malum perforans im Munde, von CHOMPRET und IZARD. Bei dem 39jährigen Kranken gehen seit einigen Jahren die Zähne aus; gleichzeitig bildete sich eine Ulzeration des Zahnfleisches aus, und es stießen sich mehrere Sequester ab. Dabei bestanden keine Schmerzen, keine entzündlichen Erscheinungen, keine Pyorrhöe; das Zahnfleisch war anästhetisch. Die allgemeine Untersuchung ergab Entrundung und Ungleichheit der Pupille, reflektorische Starre und Abnahme des Gedächtnisses. Verfasser neigen sich zur Diagnose einer beginnenden progressiven Paralyse. WASSERMANN ist positiv; Infektion ist dem Patienten nicht bekannt.

5. Malum perforans buccale tabischer Natur, von F. BALZER, BELLOIR u. TARNEAUD. Der 50jährige Kranke hatte vor etwa 20 Jahren Syphilis akquiriert, die er schlecht behandeln ließ. Nach etwa 10 Jahren begannen die Zähne ohne Schmerzen auszufallen. Acht weitere Jahre später zeigten sich einige tabische Symptome, wie Doppeltsehen, Anisokorie, doch wichen diese auf Behandlung. Vor vier Monaten bemerkte er eitrigen Ausfluß aus der Nase, nasale Stimme; gleichzeitig wurde er von gastrischen Krisen befallen. Bei der Untersuchung fand sich der Alveolarfortsatz des Oberkiefers beiderseits zerstört, an seiner Stelle befand sich eine Perforation, die in den Sinus maxillaris führte. Die umgebende Schleimhaut war nekrotisch. Die Therapie blieb ohne Erfolg.

6. Livedo annularis bei einem Kranken mit blennorrhoischer Talalgie, von F. BALZER und LANDESMANN. Ein Kranker erhielt wegen einer äußerst hartnäckigen linksseitigen Talalgie blennorrhoischer Natur zahlreiche heiße Bäder. Nach langer Zeit entwickelte sich auf seinem Fuße ein Netzwerk von erythematösen und braunen Streifen. Die Ursache liegt in der Hitzeanwendung.

7. Syphilitischer Schanker des Oberlides, von GAUCHER und AUDEBERT. Ein 15jähriger Knabe hatte auf der Konjunktivalseite des rechten oberen Augenlides einen typischen Primäraffekt, der durch einen Monat als Abszeß behandelt worden war. Es scheint sich um eine familiale Infektion zu handeln.

8. Behandlung der Lepra mit Salvarsan und mit Bienenstichen, von GAUCHER und BOINET. Ein Kranker mit tuberöser Lepra erhielt 0,4 Salvarsan intravenös, außerdem bekam er in die Umgebung der Ulzerationen 3935 Bienenstiche (bis zu 200 pro Tag). Die Geschwüre vernarbten in hervorragender Weise.

9. Xeroderma pigmentosum tardivum, von J. BRAULT. Die 32jährige Patientin hatte seit Kindheit viele Sommersprossen. Seit dem 25. Lebensjahre entwickelte sich

Digitized by Google

ein typisches Xeroderma pigmentosum, das zu mehrfacher Geschwulstbildung führte. Im Beginn war es als Ekzem behandelt worden. Durch Röntgenstrahlen wurde wesentliche Besserung erzielt. Richard Frühwald-Leipzig.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section.

Sitzung vom 16. Jan. 1913.

Erythema induratum mit Tuberkulose, von F. P. Weber. Das 30jährige Mädchen weist charakteristische Bazinsche Läsionen an beiden Unterschenkeln von nunmehr 17jähriger Dauer auf. Vor 10 Jahren wurden bei ihr einige geschwollene Lymphdrüsen am Halse als tuberkulös operiert, doch sind diese Schwellungen seitdem trotz einer ausgiebigen (aber reaktionslosen) Tuberkulinbehandlung in erheblichem Grade wieder hervorgetreten.

Fall von Granuloma inguinale tropicum, von C. C. Choyce und H. Mac Cormac. Patient stammt aus China und leidet seit etwa 2 Jahren an der Affektion, die vom Penis ausgehend sich über die Leistengegend und die Umgebung des Anus in typischer Weise ausgebreitet hat.

Ein (durch Jodkali hervorgerufener?) Fall von Erythema Iris, von J. L. Bauch. Ein 31jähriger Straßenbahnschaffner, der sich vorher mit einer vielleicht Jodkali enthaltenden Medizin behandelt hatte, kam mit einigen schwer zu diagnostizierenden Läsionen an den Knien und Ellenbogen in Behandlung. Auf Arsenik vergingen alle Erscheinungen; als aber Jodkali gegeben wurde, traten sie wieder hervor und waren nunmehr von einigen typischen Läsionen von Erythema Iris begleitet.

Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little. Es handelte sich wohl um eine im Heilen begriffene Pityriasis rosea mit ungewöhnlich intensiver Pigmentbildung.

Fall von Dermatitis artefacta, von E. G. G. Little. Wahrscheinlich waren die Läsionen, die nur die linke Körperhälfte, Wange und Unterschenkel betrafen, durch konzentrierte Essigsäure bewirkt worden.

Fall von Lichen planus hypertrophicus, von E. G. G. Little. Der Zustand, eine 45jährige Frau betreffend, hat seit 2 Jahren bestanden und sich, wie die beigegebene Photographie erkennen läßt, sehr charakteristisch entwickelt.

Urticaria bullosa bei einem Säugling, von J. H. Sequeira. Das nunmehr 8 Monate alte Kind ist seit 2 Monaten wegen der jetzigen sehr ausgedehnten Affektion in Behandlung, scheint aber durch die Dermatose in seinem Gesamtbefinden nicht gelitten zu haben. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zeitschrift für Urologie.

Band 7, Heft 4, 1913.

Demonstrationen zur Nierenchirurgie, von Wilhelm Israel-Berlin. Der Verfasser demonstriert sechs interessante, durch Operation gewonnene Nierenpräparate. Bei dem einen Präparat findet man neben der Erkrankung sämtlicher Papillenspitzen eine gelbe bis gelblich-braune Färbung, die bis in die Schleimhaut des obersten Kelches reicht. Die Färbung rührt von Hämatinkristallen her. Bei dem zweiten Präparat kann man sehr gut die Entstehung einer Hydronephrose studieren. Der Ureter hat bei seinem Ursprunge im Nierenbecken eine enge, scharfwinklig geknickte Passage. Die dritte Niere zeigt eine völlige Atrophie bis zu winziger Kleinheit des Organs, das als Niere nicht mehr zu erkennen ist, eine Autonephrektomie. Ferner zeigt der Verfasser eine Pyonephrosis occlusa non tuberculosa (calculosa) und schließt das Präparat einer Hydronephrose von seltener Größe kongenitalen Ursprungs.

Digitized by Google

Über einen Fall von malignem Tumor der Blase von synzytialem Bau, von Blecher und Martius-Darmstadt. Verfasser fanden bei der Sectio alta eines 21 Jahre alten Mannes, der an wiederholten Blutungen litt, an der vorderen oberen Blasenwand eine Geschwulst, deren histologische Untersuchung einen ganz atypisch gebauten, eigenartigen malignen Tumor ergab mit synzytialer Anordnung der Zellen. Der Tumor war nicht auf die Submukosa beschränkt geblieben, sondern war bis in die Muskularis infiltrativ vorgedrungen und hatte diese teilweise zerstört.

Beitrag zur Chirurgie der Prostataatrophie, von Hans L. Posner-Heidelberg. Die Atrophie der Prostata macht dieselben Beschwerden wie die Hypertrophie, so daß man auch bei der Atrophie die Ektomie vorgeschlagen und in vielen Fällen mit Erfolg ausgeführt hat. Das Wesen der Atrophie beruht wohl darin, daß sich im Anschluß an Wachstumsanomalien, Schrumpfung nach entzündlichen Prozessen, seniler Involution usw. eine Veränderung in der Architektur des muskulären Anteils der Prostata bildet. Daraus resultiert eine pathologische Erschlaffung oder ein chronischer Kontraktionszustand — Inkontinenz oder Retention.

Blasengeschwülste bei Arbeitern in Anilinfabriken, von Arthur Lewin-Berlin. Die Literatur weist schon eine ansehnliche Zahl von Blasengeschwülsten auf, die bei Anilin(fabrik)arbeitern vorkommen. Der Verfasser erklärt dieses Phänomen, warum bei den Anilinarbeitern diese Blasenerkrankung so häufig vorkommt, dadurch, daß die Substanzen im Körper verändert und durch das uropoetische System konzentriert ausgeschieden werden bei einer Oxydationsstufe, bei der die tumorerregende Wirksamkeit aus der chemischen Konstitution heraus in die Erscheinung tritt. Verfasser berichtet über einen solchen Fall, der den in der Literatur festgelegten gleicht.

Zur Prognosenstellung bei Nephritiden, von H. Strauss-Berlin. Der Verfasser hat systematische Untersuchungen angestellt, um das Verhalten des Reststickstoffes des Blutserums bei den verschiedensten Formen der Nephritis und in den verschiedensten Stadien der Krankheit an einem sehr großen Material zu studieren. In unserer vorliegenden lesenswerten Arbeit gibt er auch eine neue Methode der Enteiweißung und Stickstoffbestimmung an und resumiert seine Erfahrungen. Bei Vorhandensein von sehr hohen Werten, d. h. von Werten über 150 mg in 150 ccm Blutserum, ist die Prognose schlecht, Werte zwischen 75—100 mg sind suspekt, niedrige Werte schließen das Auftreten von Urämie oder sonstigen lebensbedrohlichen Komplikationen in keiner Weise aus. In differentialdiagnostischer Hinsicht ein Coma uraemicum von einem Coma apoplecticum zu unterscheiden ist diese Methode von großem Wert.

Chrzelitzer-Posen.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

Band 3, Nr. 3, 15. März 1913.

1. Klinischer Wert und Interpretation der ureosekretorischen Konstante, von F. Legueu. Die ureosekretorische Konstante basiert auf den von Ambard zuerst formulierten Gesetzen der Harnstoffausscheidung: 1. Besteht im Harne konstantes Harnstoffdefizit, so ist dieses proportional dem Quadrate der Harnstoffkonzentration des Blutes. 2. Ist die Harnstoffkonzentration im Blute konstant, im Urin variabel, so ist das Defizit der Quadratwurzel des Harnstoffgehaltes im Urin umgekehrt proportional. 3. Ist die Konzentration sowohl im Urin wie im Blute variabel, so ist das Defizit direkt proportional dem Quadrate des Blutharnstoffes und indirekt proportional der Quadratwurzel des Urinharnstoffes. Nachdem Legueu die Technik der Bestimmung der Konstante beschrieben hat, erläutert er an zahlreichen Beispielen ihre Anwendung. Er

Digitized by Google

kommt zu dem Schlusse, daß die Bestimmung der Konstante eine Notwendigkeit geworden ist und daß sie unter die ersten Methoden der funktionellen Nierenprüfung gehört, der keine andere Methode an Präzision gleichkommt. Natürlich geht es nicht an, die komplizierten Gesetze der Nierenfunktion auf eine einzige Formel zu reduzieren. Deshalb darf die Konstante in keinem Falle kritiklos als etwas Apodiktisches angenommen werden, sondern muß in jedem Falle einzeln erläutert werden.

2. Zystoskopie bei Blasensteinen, von G. MARION. Verfasser erläutert an verschiedenen Beispielen, die durch Bilder illustriert sind, die Zystoskopie bei Blasensteinen. Er kommt zu dem Schlusse, daß diese Methode bei Blasensteinen unentbehrlich ist, da sie wie keine andere die Diagnose ermöglicht, Aufschlüsse über die Beschaffenheit der Blasenwand und die therapeutischen Indikationen gibt. Schließlich kann man nach der Lithotripsie kontrollieren, ob Steine oder deren Fragmente zurückgeblieben sind, die dem Lithotriptor und dem Aspirator entgangen sind.

3. Blasensteine und direkte Zystoskopie, von JEAN FERRON. Verfasser bringt zwei Beispiele, in denen es ihm gelungen ist, durch direkte Zystoskopie eine große Anzahl von Blasensteinen zu entfernen. Die Zystoskopie, direkte oder indirekte, ist zur Kontrolle der Lithotripsie notwendig. Die indirekte Methode gibt bei ausdehnbarer Blase rascher Aufschlüsse. Die direkte Methode ist dort am Platze, wo ein sofortiges radikales Eingreifen notwendig ist. Sie macht oft die Lithotripsie unnötig.

4. Frühzeitige Diagnose und Operation bei Nierentuberkulose, von LOUIS BAZY. Verfasser berichtet über eine Kranke, bei der die rechte Niere wegen Tuberkulose exstirpiert wurde, die nur ganz geringe, beginnende Veränderungen aufwies. Der Fall, bei dem der Beginn der Symptome auf $1^1/_2$ Jahre zurückgeht, beweist, daß der Urin schon Tuberkelbazillen enthalten kann, bevor die Niere schwerere destruktive Veränderungen aufweist. Doch kann dieser Urin die Ausscheidungswege infizieren. Verfasser weist besonders auf die typischen Symptome der Nierentuberkulose, nächtliche Pollakiurie und Abnahme des Glanzes des Harnes hin, die eine frühzeitige und rechtzeitige Diagnose ermöglichen. Denn die Läsion der Harnwege geht der der Nieren voraus.

5. Fall von Zystitis bei Scharlach, von R. DUCASTAING. Bei einem 23jährigen Manne mit Skarlatina trat am 12. Tage, im Stadium der vollsten Desquamation, plötzlich eine Zystitis auf, die sehr rebellisch war und erst nach sieben Monaten heilte. Verfasser konnte alle anderen Ursachen wie Blennorrhöe, Tuberkulose usw. ausschließen; deshalb glaubt er, daß in diesem Falle das Scharlachvirus sich auf der Blasenschleimhaut festgesetzt habe, wie auf der Rachen-, der Darmschleimhaut usw.

6. Methode zur Exstirpation des Prostatakrebses, von G. GAYET, CHAMPEL und FAYOL. Ausführliche Beschreibung eines Verfahrens, das verschiedene ältere Methoden kombiniert, um die Exstirpation des Karzinoms vollständiger zu gestalten. Anführung zweier Krankengeschichten. Die Verf. finden, daß diese Methode das Leben nicht gefährdet, vorausgesetzt, daß sie bei Leuten zur Anwendung kommt, die noch einen Operationschok aushalten können. Die Operationsfolgen sind in funktioneller Beziehung sehr gut. Später bildet sich gerne eine Striktur aus, der aber durch eine vorhergehende Zystostomie begegnet werden kann.

7. Entfernbare Kugel zur Fixierung des Zystoskopes, von G. MARION. Klammer mit einer Kugel, die an jedem Zystoskope angebracht werden kann. An der Kugel greift der Fixator an.

8. Die Prophylaxe der Blennorrhagie beim Manne und bei der Frau, von JULES JANET. Zur Prophylaxe muß der Mann zuerst seine Empfänglichkeit für Gonokokken kennen. Diese wird gesteigert durch ein langes Präputium, die Zartheit der Schleimhaut (z. B. bei Blonden), die Größe des Meatus und seine Unregelmäßigkeiten.

Digitized by Google

Zweitens muß er wissen, wo ihm die meiste Gefahr droht. Also bei jeder neuen Frau nach den Menses, wenn keine Reinigung des Genitale und keine Miktion vorausgegangen ist, bei jungen Personen usw. Um die Infektion zu vermeiden, soll man den Meatus vor dem Koitus mit Vaseline anfüllen, nachher urinieren und die Eichel massieren und schließlich zwei Tropfen einer 20%igen Protargollösung instillieren.

Bei der Frau ist die Prophylaxe viel schwerer. Sie kann jedoch versuchen die Infektion zu verhüten, indem sie ein Schwämmchen usw. vor die Portio bringt und den Meatus, sowie die Mündungen der Bartholinischen Drüsen mit Vaseline bestreicht. Nach dem Verkehr soll sie sich gut waschen und mit $^1/_4$%igem Sublimat ausspülen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Revue clinique d'Urologie.

März 1913.

1. Die therapeutische Blasenfistel, von E. Loumeau-Bordeaux. Verf. bringt ausführliche Krankengeschichten von Fällen, wo er die therapeutische Blasenfistel wegen schmerzhafter Zystitiden, wegen Tumoren der Blase und der Prostata, sowie wegen einer urethrorektalen Fistel angelegt hat. Siebenmal erzielte er völlige Heilung, zwölfmal große Erleichterung, nur dreimal war sie erfolglos. Verf. zieht aus seinen Erfahrungen den Schluß, daß in allen, auch noch so ungünstig aussehenden Fällen mit schweren Blasenerscheinungen die Blasenfistel angelegt werden soll. Sie kann zur Heilung führen oder mindestens große Erleichterung schaffen. Sie wird dort oft noch Erfolg haben, wo jede andere Therapie versagt hat. Beim Manne wird sie im Hypogastrium, bei der Frau in der Vagina angelegt.

2. Einwirkung von Adamon auf sexuelle Reizerscheinungen, von Ernst R. W. Frank-Berlin. Verf. hat mit Adamon gute Erfolge gehabt.

3. Die Pyelitiden, von R. Oppenheimer. Ausführliche Arbeit über Ätiologie, Klinik, Diagnose, Prognose und Therapie. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

4. Behandlung der Urethritis anterior mittels Aspiration, von W. Bronnee. In Fortsetzung seiner Arbeit bespricht Verf. zuerst ausführlich die Prinzipien der Hyperämiebehandlung. Hierauf analysiert er seine Beobachtungen. Er will aus ihnen keine definitiven Schlüsse ziehen, doch glaubt er, gezeigt zu haben, daß die Hyperämie bei der Behandlung chronischer Urethritiden eine hervorragende Rolle spielt und daß es sicher gelingen wird, durch Verbesserungen, Kombination mit anderen Methoden usw. noch bessere Resultate zu erzielen.

5. Urininkontinenz nach spontaner Ausstoßung eines Blasensteines, von A. Babes und V. Capitolin-Bukarest. Eine Bäuerin litt seit langer Zeit an Hämaturie, zeitweiliger Harnverhaltung und Schmerzen im Unterleibe. Plötzlich wurden die Beschwerden sehr intensiv, und es ging ein 76 g schwerer Stein ab. Leider war sie aber inkontinent. Durch eine plastische Operation wurden die Beschwerden etwas gebessert.

Richard Frühwald-Leipzig.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

März 1913.

1. Resultate von 67 Nephrektomien wegen Nierentuberkulose, von André. Verfasser bespricht die Indikationen, Technik, Früh- und Spätfolgen und Mortalität der Nephrektomie. Seine Resultate haben ihn zur Überzeugung gebracht, daß diese verhältnismäßig wenig eingreifende Operationsmethode noch immer die beste Therapie für Nierentuberkulose ist. Sie wird auch von keiner neueren Methode übertroffen. Die in

Digitized by Google

Körper belassene kranke Niere bildet eine ständige Gefahr für die Harnwege, die gesunde Niere und schließlich für den Gesamtorganismus, deshalb ist es besser diesen Herd zu entfernen. Dadurch ist es auch möglich, daß eine gleichzeitige Erkrankung der anderen Niere (toxische Nephritis) von selbst ausheilt. Natürlich darf in geeigneten Fällen die innere Therapie nicht vernachlässigt werden. Die Tuberkulinbehandlung ist z. B. bei beiderseitiger Affektion von entschiedenem Werte. Bei einseitiger dagegen ist die Nephrektomie vorzuziehen.

2. Das Gewicht der Niere bei ihren chirurgischen Erkrankungen, von F. Cathelin. Verfasser hat 73 durch Nephrektomie gewonnene Nieren gewogen. Er fand, daß bei Tuberkulose und Hydronephrose das Gewicht ungefähr in der Hälfte der Fälle normal ist. Bei Krebs sind die Nieren meist schwerer, bei Nierenfistel leichter als normal. Ausnahmen bilden massive Formen von Nierentuberkulose, kleine Hydronephrosen und papilläre Karzinome des Nierenbeckens.

3. Stabilisator der Lendengegend, von B. Soupault und P. Payen. Beschreibung eines neuen Apparates.

4. Frühzeitige Prostatektomie oder konservative Behandlung der senilen Prostatahypertrophie, von A. Guépin. Verfasser beschreibt einen Fall, der wegen hochgradiger Retention infolge starker Vergrößerung der Prostata zur Behandlung kam. Durch konsequentes Katheterisieren wurde der Patient völlig geheilt. Die Retention verschwand, die Prostata wurde klein und unempfindlich. Verfasser weist eindringlich auf den Umstand hin, daß in Fällen, wo die Prostatektomie unabwendbar erscheint, doch durch das konservative Verfahren Heilung erzielt werden könne.

5. Frühzeitige Operation bei Krebs, von M. Bilhaut sen. Ein 45jähriger Mann kam wegen einer derben Schwellung des linken Hodens und der Leistendrüsen zur Behandlung, lehnte aber die vorgeschlagene Operation ab. Erst nach $1^1/_2$ Jahren, als das Karzinom schon bedeutend an Umfang gewonnen hatte, kam er zur Operation. Es wurde die möglichst radikale Exstirpation vorgenommen, und der Kranke blieb durch zwei Jahre gesund. Dann starb er aber rasch an einem Rezidiv.

6. Katheterismus der Ductus ejaculatorii, von Georges Luys. Ein 40jähriger Mann hatte einen Tripper, der mit Entzündung der Prostata und der Samenblasen kompliziert war. Die gewöhnliche Therapie blieb ohne Erfolg, die linke Samenblase war schmerzhaft und konnte durch Massage nicht entleert werden. Deshalb nahm Verfasser die Urethroskopie vor, stellte den Kollikulus ein und sondierte den Ausführungsgang der linken Samenblase. Daraufhin entleerten sich aus ihr große Eitermengen, sie wurde indolent und der Tripper heilte. Verfasser empfiehlt daher den Katheterismus der Samenblasen: 1. bei Retention des Inhaltes, 2. bei schmerzhaften Ejakulationen, die häufig durch eine Verengerung des Ausführungsganges bedingt sind, 3. bei blutigen Ejakulationen, die von einer chronischen Entzündung verursacht werden und 4. bei chronischer Spermatozystitis. Zum Schlusse Beschreibung der Technik. Der Katheterismus darf natürlich nur vorgenommen werden, wenn jede entzündliche Erscheinung der Urethra verschwunden ist. Auch ist es gut, vorher zu urethroskopieren und den Kollikulus durch Ätzungen weniger leicht blutend zu machen.

7. Die funktionelle Nierenprüfung, von Maurice Chiray. Die zu kurzem Referate nicht geeignete Arbeit bespricht die physikalische, chemische und histologische Untersuchung des Urins, sowie die Methode der provozierten Ausscheidung. Der Artikel wird fortgesetzt.

8. Beitrag zur Behandlung der Bartholinitis, von Faivre. Verfasser hat in einem Falle von chronischer Bartholinitis einige Tropfen einer Chlorzinklösung $^1/_{20}$ in

Digitized by Google

die Drüse injiziert. Es entstand eine Gangrän, die bald heilte, worauf auch der blennorrhoische Prozeß beendet war.

9. Behandlung der Blennorrhagie und ihrer Komplikationen mit Neosalvarsan, von Jules Janet und Alfred Lévy-Bing. Die Verf. haben die Blennorrhagie des Weibes mit Injektionen und Spülungen einer 2%igen Neosalvarsanlösung behandelt. Auf Ulzerationen der Portio gaben sie eine 10%ige Neosalvarsansalbe. Sie konnten regelmäßig Verschwinden des Ausflusses und der Gonokokken konstatieren. Hierauf bringen sie die Krankengeschichte eines Mannes, bei dem im Laufe eines Trippers eine Myositis des rechten Vorderarmes auftrat. Da er gleichzeitig einen Primäraffekt hatte, bekam er 0,3 und 0,6 Neosalvarsan intravenös. Die Myositis verschwand und der Tripper heilte.

10. Behandlung der Zystitiden mit Gomenol. Empfehlung des Mittels bei entzündlichen und tuberkulösen Blasenleiden. Richard Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Étude sur la Syphilis post-conceptionnelle et l'hérédité syphilitique, von J. Bobrie. (Travail des services de Gaucher et Boinard.) (Paris. Société générale d'imprimerie et d'edition levé, 1912.) An der Hand des sehr gut beobachteten Materiales der beiden großen geburtshilflichen und syphilidologischen Pariser Kliniken nimmt Bobrie Stellung zu einer Reihe aktueller Fragen zu der Klinik und der Pathologie der Syphilis. Wie so viele französische Thesen zeichnet sich auch diese durch gründliche literarische Studien aus. Eine geschickte Zusammenfassung unserer einschlägigen Kenntnisse zu Physiologie der Plazenta wird voraufgeschickt.

Aus Bobries Schlüssen für die postkonzeptionelle Syphilis:

Trotz des Fehlens jeglicher Behandlung kann man bei syphilitischen Kindern makroskopisch völlig gesunden Plazenten begegnen. Nichtsdestoweniger hat ganz allgemein gesprochen die mütterliche Behandlung einen bemerkenswerten Einfluß auf die Größe der Plazenta (Hypertrophie placentaire). Die Schwere der fötalen Syphilis hat keine bestimmten Beziehungen zur Größe der Plazenta. Hydramnion ist selten. In welchem Stadium ihrer Schwangerschaft immer die Mutter den Schanker akquiriert, die Syphilis geht stets auf den Fötus über. Mit dem Stadium der Schwangerschaft aber geht die Schwere der syphilitischen Veränderungen am Fötus einher. Mazeration des Fötus: Infektion im 3. Schwangerschaftsmonat — allmähliche Abnahme der Veränderungen. Kein Fötus erreicht eine wahre Immunität. Die symptomlosen Föten sind latent syphilitisch. Das Profetasche Gesetz ist falsch. Die vermeintlichen Ausnahmen von dem Profetaschen Gesetz, dem einer syphilitischen Mutter entstammenden „immunen" Kind, wie beispielsweise die Fälle von Infektion des Kindes bei der Passage der Geburtswege, halten einer Kritik nicht stand.

Aus Bobries Schlüssen für die hereditäre Syphilis:

Die Syphilis als eine über den ganzen Organismus sich verbreitende virulente Mikrobenkrankheit geht nur über die Plazenta auf den Fötus über. Ein die Spirochäten enthaltendes Spermatozoon kann ein Ei nicht befruchten. Das Dogma der „Syphilis décapitée" (Syphilis ohne Primäraffekt) wie die Annahmen vom Collesschen Gesetze sind abzulehnen. Das Collessche Gesetz ist falsch. Die symptomlosen Mütter syphilitischer Mütter sind latent syphilitisch.

Die „Heredodystrophie" ist eine Folge der Syphilis, aber keine eigentliche Syphilis, da solche Kinder sich frisch infizieren können. Aber übertragbar ist sie durch das degenerierte Spermatozoon bzw. durch das Ei. Delbanco.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Neurotische Entzündungen.

Polymorphes Erythem oder Erythema nodosum, von WIDAL. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 51.) Kasuistische Mitteilung eines Falles von polymorphem Erythem, der unter stürmischen Allgemeinsymptomen verlief. WIDAL hält das polymorphe Erythem ebenso wie das Erythema nodosum für eine infektiöse Allgemeinerkrankung. A. Gunsett-Straßburg.

Erythema nodosum und Meningitis tuberculosa von A. SEZARY-Paris. (Med. Press. a. Circ., 1912, Nr. 3818.) Die nahen Beziehungen des Erythema nodosum zur Tuberkulose sind bekannt, wenn auch nicht jeder Fall von Erythema nodosum tuberkulösen Ursprunges ist. Durch eine Beobachtung in der Praxis wurde Verfasser auf den bei Kindern behaupteten Zusammenhang von Erythema nodosum und Meningitis tuberculosa hingewiesen, die öfter auf die erstere Erkrankung folgt, so daß ein Kind mit Erythema nodosum als Kandidat für eine tuberkulöse Meningitis betrachtet werden muß. Die Prognose bei Erythema nodosum muß daher vorsichtig gestellt werden. Fendt-Wiesbaden.

Erythema nodosum, Rheumatismus und Tuberkulose, von LEONARDO MARTINOTTI. (Liguria med., 1912, Bd. 6, Nr. 3.) Eine 28jährige Frau mit subakuter Miliartuberkulose, welche sich auf beinahe alle Organe erstreckte, bekam in den letzten Wochen ihrer Erkrankung ein typisches Erythema nodosum unter gleichzeitigem Auftreten von Gelenkrheumatismus, der im Knie am heftigsten, aber auch an anderen Gelenken der oberen und unteren Extremitäten lokalisiert war. Diese Anfälle von Gelenkrheumatismus wiederholten sich noch mehrmals, zuletzt ohne von Erythema nodosum begleitet zu sein, und fielen immer mit einer bedeutenden Verschlechterung der Allgemeinerkrankung zusammen, so daß der Verfasser glaubt, daß es sich um einen tuberkulösen Rheumatismus handelte.

A. Gunsett-Straßburg.

Über zwei Fälle von linearer unilateraler Dermatitis, von G. GAVINI-Bologna. (Morgagni, 1912, Nr. 11.) Der erste Fall betraf eine strichförmige Neurodermitis bei einem 13jährigen Knaben. Dieselbe geht von der linken Glutäofemoralfalte aus und verläuft auf der Mitte der Hinterseite des Oberschenkels und der Kniekehle nach unten, um an der Wade sich nach der tibialen Seite nach außen zu drehen und dort aufzuhören. Der Strich ist 1–2 cm breit. Am unteren Drittel des Oberschenkels zweigt sich ein ebenso breiter Strang ab, der oberhalb der Kniekehle sich nach außen und vorne wendet und an der Kniescheibe aufhört. Im zweiten Falle handelte es sich um eine lichenoide Dermatitis bei einem 17jährigen Kranken. Dieselbe beginnt in der Mitte der Innenseite des linken Oberschenkels mit kleinen zerstreuten Elementen, aus welchen drei Streifen hervorgehen, von denen der eine, der breiteste, von der Innenseite des Oberschenkels nach der Außen- und Vorderseite verläuft und über die Rotula hinweg zur Tibia und auf dieser entlang auf das Dorsum pedis übergeht und an der Basis der großen Zehe endet. Die beiden übrigen Streifen sind weniger ausgeprägt und verlaufen beinahe parallel der Innenseite des Unterschenkels entlang, wobei der eine schon in deren Mitte endet, während der andere am Malleolus vorbei bis zum Innenrand des Fußes geht. A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Klinische Untersuchungen über das Auftreten der Cutis anserina, von HARRY KOENIGSFELD und FRITZ ZIERL-Augsburg. (Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 106, H. 5 u. 6.) Das Auftreten der Cutis anserina beruht auf der Wirkung glatter Muskeln in der Haut; die wichtigsten glatten Muskeln sind die Mm. arrectores pilorum. Die Bedingungen, unter denen sich diese willkürlichen Muskeln kontrahieren, sind wenig bekannt.

Verfasser haben nun alte Versuche und klinische Beobachtungen zusammengestellt und schildern eigene Versuche, haben die Haut mechanisch, thermisch, elektrisch gereizt, haben eine Erregung der Pilomotoren vom Nerv aus versucht und das pharmakologische Verhalten der Piloarrektoren geprüft (Adrenalin, Atropin-Muskariagruppe). Zum Schlusse gehen sie auch auf die psychische Beeinflussung der Mm. arrectores pilorum ein.

Die Versuche und Beobachtungen führen zu folgendem Resultat:

Auf direkte Reizung der Haut tritt eine lokale oder halbseitige Piloarrektion auf.

Die lokale Reaktion ist als direkte Reizung der entsprechenden Mm. arrectores pilorum, die halbseitige Reaktion als echter Reflex aufzufassen, der über Rückenmark und sympathischen Grenzstrang geht.

Die Reaktion ist öfter stärker und halbseitig bei Männern und älteren Individuen, bei Potatoren und Personen mit labilem Nervensystem.

Durch elektrische Reizung einer bestimmten Stelle am Halse kann stets eine einseitige, auf den ganzen Körper sich erstreckende Piloarrektion ausgelöst werden.

Franz-Dresden.

Heilung eines Malum perforans durch Zinkperhydrol, von MÜLLER-Gerstetten. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 49.) Verfasser hat einen Dekubitus an der Ferse, der bei einem Durchmesser von 2,5—3 cm in die Tiefe bis auf das Periost des Kalkaneus reichte, durch Zinkperhydrol nach reichlich zwei Monaten zur Heilung gebracht. Er ließ das Geschwür täglich mit Wasserstoffsuperoxydlösung (1:2) auswaschen und mit einem Gebläse Zinkperhydrol einstreuen. Darüber einen Verband mit Bismut subgallic.-Vaseline (1:10). O. Junghanns-Dresden.

Akute Exantheme.

Die Rolle der Desinfektion und der Einfluß infizierter Räume und Kleider bei der Übertragung von Infektionskrankheiten, von ALVAH H. DOTY-New York. (New York med. Journ., 2. Nov. 1912.) Ebenso wie nun feststeht, daß Malaria und Gelbfieber durch Moskitos, daß die Pest durch Ratten und auf diese durch Fliegen übertragen werden, ebenso scheinen die neuesten Forschungen dafür zu sprechen, daß durch ähnliche Zwischenträger (Läuse) auch Pocken, Masern, Scharlach auf diese Art ihren häufigsten Übertragungsweg haben. DOTY geht noch weiter und sieht z. B. die Abschuppung als wenig belangreichen Faktor bei der Masern- und Scharlachansteckung an, glaubt vielmehr, daß diese akuten Exantheme durch die infizierten Absonderungen der erkrankten Schleimhäute übertragen werden. In den letzten Jahren haben wir auch die Wichtigkeit und Gefahr leichter, ambulanter oder unregelmäßiger Fälle von Infektionskrankheiten kennen gelernt, und DOTY sieht diese als die gewöhnlichsten und gefährlichsten Faktoren der Ansteckung an, weil sie oft unerkannt verlaufen; ebenso ist es mit den sogenannten Bazillenträgern, die gar keine Erscheinung einer Erkrankung zeigen und doch viele Jahre lang einen Krankheitskeim beherbergen und ausscheiden können. Nach-

Digitized by Google

dem es also feststeht, daß nur in seltenen Fällen Kleider, Geld, Lumpen oder andere Gegenstände als Infektionsträger dienen, sollte zwar auf diese Rücksicht genommen, aber unser Hauptaugenmerk bei der Desinfektion und Prophylaxe darauf gerichtet sein, daß die Infektionskrankheiten eher durch Personen als durch Gegenstände, durch gewisse Absonderungen der Infizierten und durch Insekten und Würmer übertragen werden. Wichtig ist daher Desinfektion oder Vernichtung der Nasen-, Mund- und Ohrenabsonderungen und vor allem peinliche Sauberkeit, welche DOTY über alle Desinfektionsmaßregeln stellt. Die Desinfektion der Zimmer erklärt DOTY weiterhin für einen höchst unbedeutenden Faktor, zumal die üblichen Mittel — Schwefelblumen und Formalin — nur geringe Durchdringungskraft besitzen und nur für eine ganz oberflächliche Form der Desinfektion genügen. Es sollte auch jedesmal unser Bestreben sein, den Ursprungsherd von Infektionskrankheiten genau festzustellen, womit schon zum Teil die weitere Gefahr beseitigt ist. Sofortige und sorgfältige Isolierung des Kranken und regelmäßige Desinfektion oder Vernichtung infizierter Sekrete und Gegenstände, ebenso wie peinliche Sauberkeit, die auch von hohem erzieherischen Wert ist, kommen ferner noch in Betracht, und wo die Art der Krankheit es erfordert, sind mit allen Mitteln infizierte Insekten und deren Brutstätten zu vernichten. Von den lästigen Quarantänen, die auf gesunde, in Behausungen Infizierter wohnende Personen angewandt werden, rät DOTY schließlich vollständig ab.

Stern-München.

Beobachtungen über Scarlatina, Diphtherie und Masern im Contagious Hospital zu Cincinnati, von A. B. BELL-Cincinnati. (Amer. Journ. med. scien., Nov. 1912). Durch sorgfältige Beobachtungen an 315 Scharlachfällen hat Verfasser versucht, neue Anhaltspunkte für die Diagnose zu gewinnen. Von klinischen Symptomen erscheint ihm der Zustand der Mundhöhle, nämlich die beginnende Himbeerzunge im Verein mit einer allgemeinen, punktierten Rötung des weichen Gaumens und der Gaumenbogen, als das erste sichere Anzeichen der Scharlachinfektion. In therapeutischer Hinsicht hat BELL mit der Vakzinebehandlung keine überzeugenden Resultate erzielt, und als Prophylaktikum will er davon absehen, da von dem Pflegepersonal kaum 6% im Hospital infiziert wurden, während von anderer Seite (WATERS) bei prophylaktischer Vakzinebehandlung auch noch 2,7% Infektionen berichtet werden. Besonderes Gewicht legt Verfasser auf die Bekämpfung der mit dem Fieber in der Regel verbundenen Acidosis. Bei 50% seiner Fälle fand er Azeton und bei 22,6% Azetessigsäure; aus diesem Grunde verordnet er als ständige Behandlung die Darreichung von Kalium citricum (stündlich 0,7—0,8 für Erwachsene und 0,3—0,5 für Kinder von 4—7 Jahren) in reichlicher Lösung. Er glaubt auf diese Weise der Nephritisgefahr wirksam entgegenzutreten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Funktionsstörungen des Blut- und Lymphgefäßsystems der Haut als Folge des Scharlachexanthems. Beziehungen desselben zur Scharlachnephritis und Hautwassersucht, von O. KIRSCH. (Ztschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. IV, Heft 2.) Der Scharlach hat eine schwere und langanhaltende Schädigung des arterio-venösen sowie des Lymphkapillarsystems zur Folge. Dem Höhepunkt des Scharlachexanthems entspricht ein hoher Grad entzündlicher Dilatation der arteriellen und vermutlich auch der venösen und Lymphkapillaren des Hautorgans, durch welche die Kapillarkontraktilität schwer geschädigt wird. Die Abblassung des Ausschlags ist der Ausdruck der Wiederkehr der Kontraktionsfähigkeit dieser Kapillaren, die sich im Verlaufe der Rekonvaleszenz zu einer übermäßigen Verengerung der ge-

Digitized by Google

nannten Gefäße steigert, die sich klinisch als Livedo annularis pseudoleucaemica präsentiert. Die in der Folge von Scharlach an gewissen Prädilektionsstellen auftretenden Striae vasculares sind bedingt durch einen Kontraktionszustand der venösen Kapillaren und Präkapillaren. Die der Exanthemabblassung zugrundeliegende Kontraktion der arteriellen Hautkapillaren führt häufig, vermutlich unter Mitwirkung eines gleichzeitig im Bereiche der venösen Kapillaren auftretenden Stauungsmomentes zum Erscheinen der postexanthematischen Abblassungsblutungen. Das Hechtsche Hautblutungsphänomen beweist eine gesteigerte Verletzbarkeit der Hautkapillaren. In der zweiten Hälfte der Scharlachrekonvaleszenz, besonders während des Abheilens der Scharlachnephritis, macht sich eine hochgradige Übererregbarkeit der Hautgefäße geltend, die sich durch Neigung zu flüchtigen Erythemen verrät (vasomotorische Ataxie). Den höchsten Grad der Funktionsschädigung der Hautblutgefäße bedeutet die Scharlachnephritis, jenen des Hautlymphgefäßsystems die Hautwassersucht, welcher eine spastische Verengerung der Lymphkapillaren zugrunde liegen dürfte. Die Kontraktilitätsschädigung arterieller, venöser und Lymphkapillaren ist wahrscheinlich auf eine der von Wiesel bei Scharlach festgestellten, anatomischen Schädigung der Gefäßmuskulatur analoge Affektion muskulärer Kapillarelemente zu beziehen. Bei den sogenannten Angioneurosen glaubt Verfasser gleichfalls eine Störung des Gefäßmuskelapparates und nicht der Gefäßnerven annehmen zu dürfen. Er schlägt für diese Krankheitsgruppe den Namen Angiosen vor. Die an andere, schwere Infektionen begleitende Exantheme oder an Erytheme nach Intoxikationen sich anschließende Nephritis und Hautwassersucht dürfte gleichfalls mit analogen Funktionsschädigungen der Hautblut- und -lymphgefäße in Zusammenhang stehen, wie sie nach Scharlach resultieren. O. Valentiner-Leipzig.

Perirenales Hämatom nach Scharlach, von Hering-Klettwitz. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 1.) Es handelt sich um einen während der Scharlachrekonvaleszenz subakut einsetzenden paralytischen Ileus, der durch eine stetig zunehmende Blutung in das retroperitoneale Gewebe ausgelöst wurde. Der Ausgangspunkt der Blutung konnte sowohl durch die Operation wie partielle Sektion nicht eruiert werden, — nur eins steht fest, daß die Ursache des Hämatoms nicht die Niere sein konnte, die genau untersucht worden ist. Vielleicht ging es von der linken Nebenniere aus, vielleicht sei es durch sich summierende kapillare Blutungen infolge einer postskarlatinösen hämorrhogischen Diathese entstanden.
O. Junghanns-Dresden.

Über neun Fälle von skarlatiniformen, sekundären Späteruptionen bei Kindern während der Scharlachrekonvaleszenz, von Henri Roèche. (Thèse de Paris, 1911.) Fritz Loeb-München.

Hemiplegie nach Skarlatina bei einer Wöchnerin, von Issailovitch-Dusiat. (Presse méd., 1912, Nr. 101.) Elf Tage nach einer normalen Geburt stellte sich bei einer Erstgebärenden Skarlatina ein. Am dritten Tage des Bestehens der Skarlatina kam eine linksseitige Fazialisparalyse und eine rechtsseitige Hemiplegie zugleich mit einer motorischen Aphasie hinzu. Zwei Monate später waren alle Symptome beinahe vollständig geschwunden. Als differentialdiagnostisches Moment zwischen puerperaler und skarlatinöser Hemiplegie hebt der Verfasser die Gutartigkeit letzterer hervor. A. Gunsett-Straßburg.

Über tierexperimentelles Scharlachfieber, von Cheinisse. (Semaine méd., 1912, Nr. 51.) Der Artikel ist ein Referat über zahlreiche Versuche, das Scharlachfieber auf Affen zu übertragen. Die niederen Affen haben sich re-

Digitized by Google

fraktär erwiesen. Dagegen erkrankten Schimpansen nach Einimpfung von Scharlachanginaabstrich auf ihre Tonsillen an charakteristischer Angina, und ein Orang-Utang, ebenso geimpft, nach sechstägiger Inkubation an Angina und Erythem und nachfolgender Desquamation.

Mit Blut und Urin experimentierte ein russischer Verfasser (KLIMENKO). An 20 niederen Affen glückte es nie, ein Scharlachsymptom hervorzurufen.

Werther-Dresden.

Über Streptokokken bei Scharlach, von JUNGMANN-Frankfurt a. M. (Dtsch. Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. 106, H. 3.) Klinisch ist die Einteilung des Scharlachs in eine toxische (Scharlachvergiftung ohne bestimmte Organerkrankung) und in eine infektiöse Form (eitrige Komplikation bis zur allgemeinen Sepsis) gerechtfertigt. Die Untersuchungen des Verfassers wollten prüfen, ob dieser Einteilung mehr als eine rein klinische Zweckmäßigkeit zuzusprechen sei. Das Resultat der Blutaussaaten war ziemlich negativ: unter 25 Scharlachfällen werden nur in 3 Fällen, davon 2 tödlichen, Streptokokken während des Lebens im Blute gefunden. Der dritte Fall war eigentlich ein toxischer; hatte aber eine membranöse Angina, auf deren Höhepunkt die positive Untersuchung stattfand; nach Abklingen der Angina war das Blut negativ. Es war also nur eine vorübergehende Bakteriämie.

Bei 37 untersuchten Scharlachanginen fanden sich stets Streptokokken auf den Tonsillen, ein Befund, dem keine besondere Bedeutung zugemessen wird. Kulturelle Differenzen dieser Streptokokken von solchen anderer Herkunft bestanden nicht. Werther-Dresden.

Über die DÖHLEschen Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach, von M. KRETSCHMER-Straßburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 46.) Die DÖHLEschen Leukozyteneinschlüsse werden nach den bisherigen Untersuchungen bei allen frischen Scharlachfällen gefunden.

Die Befunde von Einschlüssen bei anderen Krankheiten sind selten, mit Ausnahme von Diphtherie und septischen Erkrankungen, wo sie etwas häufiger vorkommen.

Da es sich bei den Krankheiten, bei denen die Einschlüsse neben Scharlach gefunden werden, im wesentlichen um Erkrankungen handelt, die mit Scharlach nicht verwechselt werden können, so ist die Untersuchung des Blutes auf die DÖHLEschen Körperchen ein weiteres Hilfsmittel für die Differentialdiagnostik des Scharlachs.

Die Einschlüsse sind keine Krankheitserreger und sind nicht spezifisch für Scharlach. Wahrscheinlich handelt es sich um Reaktionsprodukte der Leukozyten auf toxische Bakterienprodukte. O. Junghanns-Dresden.

Verschiedenes.

Unter dem Vorsitze von Prof. OLTRAMARE-Genf ist eine **Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Syphilisforschung** gegründet worden.

Internationaler medizinischer Kongreß, London 1913. Die XIII. Sektion, (Dermatologie und Syphilis) wird in der Medical School of St. Thomas Hospital unter dem Präsidium von Sir MALCOLM MORRIS tagen. Für die Vormittagssitzungen sind nachfolgende Themata aufgestellt: 1. Gut- und bösartige Epitheliome der Haut (Referenten: DARIER-Paris, FORDYCE-New York, JADASSOHN-Bern); 2. in Gemeinschaft mit der Sektion für gerichtliche Medizin: Die Gefahren der Syphilis für die Öffentlichkeit und die Frage ihrer staatlichen Kontrolle (BLASCHKO-Berlin, FINGER-Wien, Major FRENCH

Digitized by Google

Gougerot-Paris); 3. Syphilisbehandlung mit Salvarsan und verwandten Substanzen. in Gemeinschaft mit der Sektion für Schiffs- und Militärmedizin im Royal Army Medical College (Ehrlich-Frankfurt a. M.; Major T. W. Gibbard, Major Harrison, Vennis-Paris); 4. Vakzinebehandlung der Hautkrankheiten (T. C. Gilchrist-Baltimore, A. Whitfield-London). Für die Nachmittagssitzungen wurden bislang folgende Vorträge angemeldet: Ciarrocchi-Rom, Behandlung des gutartigen Hautepithelioms; Dubreuilh-Bordeaux, Epitheliom der Haut; Dyce Duckworth-London, Alopecia areata; Ehlers-Kopenhagen, Syphilisbehandlung mit großen Dosen von Hg benzoic.; Mills und Swift-New York, Intraspinale Injektionen bei Nervensyphilis; Gaucher und Joltrain-Paris, Diagnostische Bedeutung der Refixations-Reaktionen bei Hautkrankheiten; Gougerot-Paris, Pathogenese und Behandlung des Ekzems; Hallopeau-Paris, Syphilisbehandlung; Heidingsfeld-Cincinnati, Totale kongenitale Anonychie; Lassueur-Lausanne, Vakzinebehandlung der Furunkulose und Akne; Cranston Low-Edinburgh, Intravitale Färbung von Hautnerven; Einige chronische ulzerative Hautveränderungen; Mc Donagh-London, Epitheliom der Haut; Ursache und Behandlung der Syphilis; Malcolm Morris und Mc Cormac-London, Zwei Jahre Salvarsan; M. Müller-Metz, Prophylaxe der Syphilis; Pernet-London, Mycosis d'emblée, erfolglose Behandlung mit Salvarsan und Röntgenstrahlen; Peyri y Rocamora-Barcelona, Ätiologie und Behandlung der Psoriasis; Saalfeld-Berlin, Histologie multipler Hautgeschwülste; Parkes Weber-London, Subkutane Verkalkung; Wechsler und Oppenheim-Wien, Normale und pathologische Hautreaktionen. — Krankendemonstrationen finden vor den Sitzungen statt, möglichst im Zusammenhang mit der Tagesordnung. Außerdem gelangen Photographien, Abbildungen und sonstige Reproduktionen seltener Hautkrankheiten zur Ausstellung. — Als Vizepräsidenten fungieren Wallace Beatty, Henry Fitzgibbon, Colcott Fox, Galloway, Allan Jamieson, J. Ernest Lane, Alex. Morton, Pringle, J. H. Stowers und Norman Walker, als Sekretäre Cranston Low (Herausgeber der Transactions), McLeod (aktiver Sekretär), Leslie Roberts und Sequeira (für die Ausstellung und Krankendemonstrationen).

In Hamburg-Eppendorf ist eine **Lupusheilstätte** mit 25 Betten unter Leitung von Oberarzt Dr. Paul Wichmann eröffnet worden.

Am 28. Mai erstattete Dr. Georges Thibierge, leitender Arzt am Hôpital Saint-Louis, am III. französischen Kongresse für gerichtliche Medizin zu Paris ein Referat über „La valeur en Médecine légale des méthodes recentes de diagnostic de la Syphilis".

In Frankreich beabsichtigen die Fachärzte für die Krankheiten der Harnorgane gleich den Vertretern anderer medizinischer Spezialitäten ein **Syndicat d'Urologie** zwecks Wahrung ihrer gemeinsamen Interessen zu begründen.

Die Leitung der an das neubegründete Forschungsinstitut für Krebs und Tuberkulose in Hamburg-Eppendorf angegliederten **Abteilung für Pilzforschung** wurde unserem Mitarbeiter Dr. H. C. Plaut übertragen.

Dr. M. A. Tschlenoff in Moskau ist zum ao. Professor ernannt worden.

An Stelle des die Nebenabteilung der Chirurgischen Klinik in der Charité übernehmenden Prof. Rumpel ist dem Priv.-Doz. E. Joseph die Leitung der urologischen Abteilung der chirurgischen Universitätsklinik in Berlin übertragen worden.

Prof. Karl Kreibich wurde zum Dekan der deutschen medizinischen Fakultät in Prag gewählt.

Geheimrat Dietz, Direktor der Landesversicherungsanstalt Hessen, wurde anläßlich der Eröffnung der Lupusheilstätte in Gießen zum Doctor med. hon. c. ernannt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

21. Juni 1913 | Nr. 25 | Band 56

Aus der Grazer dermatologischen Klinik (Vorstand: Prof. Matzenauer).

Ein Fall von Syphilis der Prostata?

Von

Dr. Max Hesse,

Assistent der Klinik und Leiter der serodiagnostischen Untersuchungsstation.

Die Angaben über luetische Erkrankungen der Prostata sind in der Literatur sehr spärlich zu finden.

In den größeren Sammelwerken und Lehrbüchern werden immer dieselben Autoren von neuem zitiert, teils wird die Prostata als Organ, welches syphilitisch erkranken kann, gänzlich übergangen. Lang und Matzenauer erwähnen in ihren Lehrbüchern einen Fall von Lancereaux, Finger einen von Grosglik; Riecke, Lesser u. a. schweigen über die Prostatasyphilis vollständig. Während mir die Arbeit Lancereaux und eine andere auch über Prostatasyphilis von Rochon [1]) nicht zugänglich waren, konnte ich mich über den Fall von Grosglik [2]) genau informieren. Grosglik beschreibt außer seiner eigenen Beobachtung noch zwei andere Fälle, einen von Reliquet, den anderen von Wroczynski. Bei allen drei handelt es sich um einen bis faustgroßen Tumor der Prostata (bei dem Fall von Reliquet bestand außerdem eine Verdickung des Samenstranges und der Nebenhoden), der teilweise mit Harndrang, eitrigem und blutigem Ausfluß verbunden war. Diese Vergrößerungen der Prostata wurden anfangs als Karzinome angesprochen, dann aber, als sie infolge einer antiluetischen Behandlung vollständig zurückgingen, wurde die Diagnose Syphilis der Prostata gestellt. Ein pathologisch-anatomischer und histologischer Beweis für diese Annahme konnte nicht erbracht werden, da die betreffenden Patienten vollständig geheilt wurden.

Unser Fall, dessen Beschreibung ich gleich folgen lassen will, weist eine gewisse Analogie mit diesen drei anderen Beobachtungen auf.

Am 10. Februar 1913 meldete sich im hiesigen Ambulatorium ein 35 jähr. Mann zur Aufnahme, der über Beschwerden beim Urinieren klagte, die vor zirka 14 Tagen angefangen hatten. Es stellte sich bei ihm ein sich von Tag zu Tag steigender Harndrang ein, der mit einem Kitzelgefühl in der Gegend, „wo man den Urin zurückhält", eingeleitet wurde. Anfangs nicht sehr oft, mußte er zur Zeit der Aufnahme in der Nacht 30—40 Mal urinieren, wobei nur einige Tropfen Harn entleert wurden. Der Patient erzählte, daß diese Beschwerden nicht jede Nacht auftraten, sondern meistens jede zweite Nacht.

[1]) Rochon, Syphilis de la prostate. Médecine moderne, 17. April 1897; Ref. Annales des mal. des organ. genito-urin., 1897, Bd. 15. — [2]) Grosglik, Gumma der Prostata. Wien. med. Presse, 1897, Bd. 38.

Digitized by Google

Von einer gonorrhoischen Infektion weiß der Patient, trotz eindringlichen Befragens, nichts, wohl aber gibt er zu, vor neun Jahren wegen harten Schankers im hiesigen Spitale in Behandlung gestanden zu haben. Er bekam damals zwei Injektionen mit Salizyl-Quecksilber und vier Touren Einreibungen mit grauer Salbe. Spätere Syphiliserscheinungen traten nach seiner Angabe nicht auf, daher ließ er sich auch nicht mehr behandeln.

Da P. eine gonorrhoische Infektion leugnete, Lues aber zugibt, dachten wir zuerst daran, daß diese Harnbeschwerden möglicherweise als Frühsymptom einer beginnenden Tabes aufzufassen seien, doch waren dafür absolut keine anderen Anzeichen vorhanden. Pupillen reagierten prompt auf Licht und Akkommodatien, Patellar-Sehnen-Reflex normal, Rhomberg negativ.

Dafür, daß Gonorrhöe der Grund dieser Harnbeschwerden sei, bot die Untersuchung des Urins keine Anhaltspunkte. Ausfluß war überhaupt nie vorhanden, der Harn war in beiden Portionen stets klar und hellgelb, ohne körperliche Elemente. Wohl aber ergab die Palpation der Prostata ein wichtiges Resultat. Die Prostata war im ganzen etwas vergrößert und härter, hauptsächlich aber im rechten und mittleren Anteil; rechts ließ sich außerdem ein zirka haselnußgroßer, derber Tumor deutlich abgrenzen. Auf Druck empfand der Patient nur wenig Schmerzhaftigkeit, nach der Massage entleerten sich aus der Harnröhre geringe Mengen milchigweißen Sekretes, welches sich vom normalen nur durch einige spärliche Eiterzellen unterschied. Bakterien, insbesondere Gonokokken, waren keine zu finden. Die Untersuchung ergab zwar eine Vergrößerung der Prostata, doch war ein Zusammenhang dieser Affektion mit Gonorrhöe nicht zu erweisen.

Zechmeister und Matzenauer[1]) beschreiben einen Fall, der mit ähnlichen Harnbeschwerden einherging, und bei dem sie polypenartige Neubildungen am Blasenhals beobachteten. Wir nahmen daher die endoskopische Untersuchung der Harnröhre vor, doch konnte nichts Abnormes gefunden werden.

Es blieben noch zwei Möglichkeiten, nämlich eine luetische Affektion der Prostata und eine Neubildung, sei es nun gutartiger oder bösartiger Natur.

Auf Grund des positiven Befundes des Komplementablenkungsversuches wurde nun zuerst eine antiluetische Kur eingeleitet. Der Patient bekam

am	1.	Tag	die	1.	Injektion	mit	2	ccm	Asurol
„	3.	„	„	2.	„	„	2	„	„
„	4.	„	„	1.	„	„	0,3	Salvarsan	
„	5.	„	„	3.	„	„	2	ccm	Asurol
„	7.	„	„	4.	„	„	2	„	„
„	8.	„	„	2.	„	„	0,4	Salvarsan	

[1]) Zechmeister u. Matzenauer, Cystitis colli proliferans oedematosa. Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- und Sexualorg., 1901, Bd. 12.

Digitized by Google

am 9. Tag die 5. Injektion mit 2 ccm Asurol
„ 11. „ „ 6. „ „ 2 „ „
„ 13. „ „ 7. „ „ 2 „ „
„ 15. „ „ 8. „ „ 2 „ „

Der Patient vertrug die Kur beschwerdelos, insbesondere bewirkten die Salvarsaninjektionen weder Übelkeiten noch Temperatursteigerungen. Um so interessanter ist die Wirkung der Kur auf die Harnbeschwerden und die Prostata.

Schon nach der ersten Salvarsaninjektion ließ der Harndrang bedeutend nach, so daß der Patient nur wenige Male in der Nacht urinieren mußte. Zur Zeit der zweiten Salvarsaninjektion hörte auch der noch vorhandene geringe Harndrang gänzlich auf, so daß sich der Patient vollständig gesund fühlte und nur schwer im Spitale noch zu halten war. Objektiv war eine Woche nach Beginn der antiluetischen Behandlung an der Prostata eine deutliche Verkleinerung des ganzen Organes zu fühlen, und der ursprünglich haselnußgroße Tumor rechts erwies sich kaum mehr etwas größer als eine Erbse.

Bisher hatte die Behandlung das denkbar günstigste Resultat erzielt, als sich plötzlich ganz überraschend in der Nacht nach der zweiten Salvarsaninjektion von neuem ebenso heftiger Harndrang einstellte wie früher. Diese Beschwerden wiederholten sich, wenn auch viel geringer, im Anschluß an die folgende (fünfte) Asurolinjektion, von da ab hörte der Harndrang gänzlich auf. An der Prostata war zur Zeit dieses neuerlichen Anfalls keine deutliche Veränderung nachweisbar, vielleicht daß sie sich etwas weniger derb als früher anfühlte. Der Patient verließ nach der achten Asurolinjektion sich vollständig gesund fühlend das Spital; objektiv war die Prostata zu dieser Zeit normal groß, etwas derber, nicht schmerzhaft, der Tumor im rechten Lappen verschwunden.

Es handelte sich hier also zweifellos um eine Affektion der Prostata, die diesen enorm gesteigerten Harndrang herbeiführte und die sicher durch eine antiluetische Kur behoben wurde. Es trat ja nicht nur subjektiv bei dem Patienten Wohlbefinden ein, sondern auch objektiv konnte eine Rückbildung der Prostatavergrößerung konstatiert werden. Es ist also sehr nahe liegend, wenn wir als Grund dieser Erkrankung Lues annehmen; wahrscheinlich dürfte ein isolierter Gummaknoten bestanden haben. Die Annahme, daß es sich etwa um eine frühzeitig einsetzende Altershypertrophie oder einen Tumor (Karzinom) der Prostata gehandelt haben könne, wird schon durch die prompte therapeutische Beeinflussung widerlegt. Dafür, daß Gonorrhöe die Ursache der Affektion sei, fanden sich auch keinerlei Anhaltspunkte. Abgesehen davon, daß der

Digitized by Google

Patient eine vorausgegangene gonorrhoische Infektion entschieden in Abrede stellte, auf welche Aussage immerhin einiges Gewicht zu legen ist, da er sich doch an die luetische Infektion sehr gut erinnerte, während er von einer gonorrhoischen nichts wußte, und doch gerade die Syphilis viel leichter übersehen werden kann als ein Tripper, bestanden auch objektiv keine Zeichen hierfür — der Urin war stets vollkommen frei von Fäden; es wäre noch immer die Möglichkeit nicht ganz ausgeschlossen, daß doch nach einer unbeachteten Gonorrhöe ein abgekapselter Prostataabszeß zurückgeblieben sein könnte, der in späterer Zeit plötzlich aufflammte, doch wäre damit das Besserwerden und Verschwinden der ganzen Krankheitserscheinungen in so kurzer Zeit ohne entsprechende Behandlung (keine Massage, kein Arzberger usw.) nicht in Einklang zu bringen, da doch gerade solche Prostatitiden erfahrungsgemäß monatelang zur Besserung resp. Heilung benötigen.

Wir sehen eine gewisse Analogie zwischen unserem Fall und den drei vorher erwähnten. Bei sämtlichen handelte es sich um eine Vergrößerung der Prostata — wenn auch bei uns nicht so kolossal wie bei jenen — welche auf eine antiluetische Kur geheilt wurde. Allerdings konnte in keinem Falle ein pathologisch-anatomischer Befund erhoben werden, und die Diagnose stützt sich lediglich auf den Rückschluß aus dem therapeutischen Erfolg. Während aber bei den eingangs erwähnten Fällen die Diagnose „Prostatasyphilis" durch eine vorausgegangene oder noch gleichzeitig bestehende gonorrhoische Infektion getrübt erscheint und deshalb vielleicht einigermaßen Zweifel aufkommen läßt, hat in unserem Falle niemals Gonorrhöe bestanden, während Syphilis sowohl anamnestisch als auch durch die Wassermann-Reaktion nachweisbar war.

Auffallend ist die Verschlechterung des Zustandes durch die zweite Salvarsaninjektion: sie läßt sich nicht erklären, wenn man sie als Herxheimersche Reaktion im Sinne Ehrlichs durch Endotoxinsturm deuten wollte, die ja sofort nach Einsetzen der Behandlung auftritt. Sie ist jedenfalls als eine Gefäßschädigung durch das Medikament an einer schon früher durch die Syphilis geschädigten Stelle aufzufassen, wie dies Matzenauer in dem jetzt erscheinenden Handbuch der Geschlechtskrankheiten in dem Teil „Therapie der Syphilis" ausführlich klargelegt hat.

Nachtrag bei der Korrektur: Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Professor Dr. Rille, der mir die Originalabhandlung von Rochos zugehen ließ, konnte ich mich nachträglich über diesen Fall orientieren. Auch hier handelte es sich um eine knollige Vergrößerung der Prostata, die mit Ausfluß, Schmerzen in der Perineumgegend, Beschwerden beim Urinieren und zeitweiligen Temperatursteigerungen verbunden war, und die zugleich mit diesen Begleiterscheinungen durch eine antiluetische Kur zum Verschwinden gebracht werden konnte. Eine gonorrhoische Infektion ging auch bei diesem Patienten voraus.

Digitized by Google

Aus dem Ambulatorium der Wiener Bezirkskrankenkasse (Priv.-Doz. Dr. SIEGFRIED GROSZ).

Zur Behandlung gonorrhoischer Komplikationen, speziell der Epididymitis gonorrhoica, mit Elektrargol.

Von

Dr. JULIUS FÜRTH.

Ein nicht geringer Teil der Kranken, welche unser Ambulatorium aufsuchen, leidet an Gonorrhöe und deren Komplikationen. Unter diesen bilden wiederum die Epididymitiden die weitaus häufigste Art der Komplikationen, welche wir zu sehen Gelegenheit haben. Die Patienten zeigen in der Regel das typische, oft foudroyante Krankheitsbild der akuten Nebenhodenentzündung. Infolge der starken Schmerzen, des durch Fieber gestörten Allgemeinbefindens, sind die Patienten natürlich erwerbsunfähig. Bei der bisher üblichen Behandlungsmethode der Epididymitis, die eine rein abwartende war und in einer oft ziemlich lange währenden Bettruhe, Hochlagerung des Hodens, Applikation von Umschlägen usw. bestand, waren unsere Patienten meist 3—4 Wochen ihrem Beruf und ihrem Erwerb entzogen. Es lag nun nahe, unter den neueren Behandlungsmethoden der Nebenhodenentzündung eine auszuwählen, welche, bei unseren ambulanten Kranken anwendbar, den wichtigsten Forderungen einer guten Behandlung entsprechen sollte, nämlich: 1. die starken Schmerzen mit ihren nachteiligen Wirkungen auf das Allgemeinbefinden möglichst rasch zu beseitigen, 2. keinerlei Störung der Hodenfunktion, sowie pathologisch-anatomische Residuen zurückzulassen und 3. die Krankheitsdauer tunlichst abzukürzen.

Da wir, wie schon oben betont, es ausschließlich mit ambulanten Krankenmaterial zu tun haben, bei dem wir keine fortlaufenden genauen Temperaturmessungen vornehmen können, und da wir die keineswegs einwandfreien Verhältnisse berücksichtigen müssen, unter welchen diese Kranken wohnen, mußten wir von vornherein gewisse Methoden ausschließen. So haben wir uns z. B. aus den eben erwähnten Gründen nicht für die Punktionsbehandlung entschlossen, obzwar die Berichte über diese Behandlung von SCHINDLER, HERXHEIMER, BÖHME, HEINZE u. a. günstige sind. Auch die von manchen Autoren sehr warm empfohlene Vakzinebehandlung schien uns für ambulante Patienten nicht recht anwendbar; denn auch hier sind Dauerbeobachtungen der Patienten notwendig, da manchmal recht stürmische Reaktionen auftreten.

Digitized by Google

In letzter Zeit wurde von verschiedenen Seiten für die Behandlung der gonorrhoischen Komplikationen das Elektrargol-Clin mit Erfolg versucht (Asch, Braendle, Hamonic, Doré). Wenn auch für dieses Präparat ziemlich viel Reklame gemacht wird, haben wir auf Grund der von mehreren Autoren vorliegenden wissenschaftlichen Beobachtungen uns doch entschlossen, dasselbe zu versuchen, da es für unsere Zwecke geeignet schien. Das Elektrargol stellt nach Asch eine vollkommen reine, aus kleinsten, unter sich gleichen ultramikroskopischen Partikelchen bestehende Pseudolösung kolloiden Silbers dar. Es unterscheidet sich vom chemisch dargestellten Kolloidsilber (Kollargol) durch seine Herstellung auf elektrischem Wege, indem man in destilliertem Wasser zwischen zwei Platten aus besonders reinem Silber einen elektrischen Funken überspringen läßt. Wie Charrin in Reagenzglasversuchen nachgewiesen hat, ist das elektrische Silberkolloid, abgesehen von seiner chemischen Reinheit, infolge der überaus kleinen Partikelchen therapeutisch viel wirksamer, als das chemische Kolloidsilber. Auch ruft es nach Untersuchungen von Trémolière im Gegensatz zu den chemischen Kolloidmetallen keine unangenehmen Nebenerscheinungen hervor. Diese Angaben wurden auch von Ascoli und Izar durch Nachprüfung bestätigt. Damit das Kolloidsilber nicht zu Hämolyse führt (Isoversco), muß es stabilisiert und isotonisiert werden. Dies geschieht bei den neuerdings in Handel kommenden Ampullen unmittelbar vor der Injektion durch ein jeder Ampulle beigegebenes zweites Röhrchen von Chlornatrium.

Wir haben die Elektrargolinjektionen intraglutäal vorgenommen. Die von einigen Autoren angegebene Applikationsmethode durch direkte Injektion in den erkrankten Nebenhoden haben wir, wegen der damit verbundenen heftigen Schmerzen als für ambulante Kranke zu gewagt, nicht angewendet. Die Injektionen wurden mit einer ausgekochten 5 ccm Rekordspritze vorgenommen nach Art der Quecksilberinjektion bei Luetikern. Die Injektionsstelle wurde mit Jodtinktur desinfiziert. Die Injektionen waren fast völlig schmerzlos und wurden vorzüglich, ohne Hinterlassung eines Infiltrats, resorbiert. Irgend welche Nebenerscheinungen wurden von den Patienten niemals wahrgenommen. Wir haben diesbezüglich jedesmal die Patienten genauestens befragt. Die Zahl der Injektionen betrug durchschnittlich 3—4 in zweitägigen Intervallen. Übereinstimmend konnten wir fast in allen Fällen einen raschen Rückgang der oft sehr großen Schmerzhaftigkeit und der Temperatur konstatieren, wodurch die Dauer der Erkrankung sehr herabgesetzt wurde. Auch die Abschwellung des Nebenhodens und Verkleinerung des Tumors ging meist ziemlich rasch vor sich. Hingegen war die durch die restierende Infiltration des Nebenhodens bedingte Härte in einigen Fällen noch lange nachweisbar.

Digitized by Google

Zur Illustrierung des eben Gesagten möchte ich aus unserem Material — wir verfügen derzeit über mehr als 30 einschlägige Beobachtungen — einige Krankengeschichten anführen:

1. R. A., Maurer. 17. XII. 1912. Gon. ac. Ep. dextr. seit gestern. Rechte Epidid. in ihrer ganzen Ausdehnung mächtig verdickt, ebenso das Vas. def. Große Druckempfindlichkeit. Fieber. I. Injektion 5 ccm E. 19. XII. Keine Änderung in den Dimensionen des Tumors, der über faustgroß ist. Schmerzhaftigkeit wesentlich geringer, Temperatur normal. II. Injektion 5 ccm E. 23. XII. Der Tumor um wenigstens die Hälfte kleiner, vollkommen schmerzlos, sowohl spontan als auch auf Druck. Schwellung der Epid. und des Vas. def. wesentlich geringer. III. Injektion 5 ccm E. 25. XII. St. idem. IV. Injektion 5 ccm E. 27. XII. Patient wieder arbeitsfähig, keine Schmerzen, kein Fieber. Geringes Infiltrat noch tastbar.

2. L. E., Gerüster. 8. XI. 1912. Gon. ac. Seit zwei Tagen Ep. dextr. Hoden und Nebenhoden nicht differenzierbar, zu einem faustgroßen, sehr druckschmerzhaften Tumor angeschwollen. Fieber, Kopfschmerzen. I. Injektion 5 ccm E. 11. XI. Schmerzen wesentlich geringer, kein Fieber, sonst unverändert. II. Injektion 5 ccm E. 13. XI. Schmerzhaftigkeit beim Betasten völlig geschwunden. Geschwulst verkleinert, Nebenhoden bereits deutlich abgrenzbar. III. Injektion 5 ccm E. 15. XI. St. idem. IV. Injektion 5 ccm E. 18. XI. Das plattenförmige Infiltrat in der Epid. weicher, Patient vollkommen schmerz- und fieberfrei, wieder erwerbsfähig.

3. M. B., Lederarbeiter. 22. XII. 1912. Epid. gon. sin. seit etwa einer Woche. Hoden und Nebenhoden zu einer kompakten Masse verschmolzen. Vas. def. stark verdickt, Schmerzhaftigkeit spontan und auf Druck. I. Injektion 5 ccm E. 24. XII. Objektiv Status id. Schmerzhaftigkeit wesentlich geringer. II. Injektion 5 ccm E. 27. XII. Hoden und Nebenhoden bereits differenzierbar; Schmerzen gering. III. Injektion 5 ccm E. 30. XII. Auch das Vas. def. weicher, keine Schmerzen. IV. Injektion 5 ccm E. 2. I. 1913. Keine Schmerzen, Infiltrat in der Epid. noch tastbar. Patient arbeitsfähig.

4. W. J., Hilfsarbeiter. 10. I. 1913. Epid. sin., linke Skrotalhälfte um mehr als das Doppelte vergrößert, Haut ödematös, heiß. Die Epid. in ihrem kaudalen Anteil vom Hoden nicht abgrenzbar, äußerst schmerzhaft, sowohl spontan, als auf Druck. Samenstrang verdickt, Fieber. I. Injektion 5 ccm E. 12. I. Ödem der Skrotalhaut zurückgegangen, spontane Schmerzhaftigkeit geschwunden, auf Druck gering. Temperatur normal. II. Injektion 5 ccm E. 14. I. Skrotum fast zur normalen Größe zurückgekehrt. Schmerzhaftigkeit geschwunden. Hoden und Nebenhoden bereits deutlich differenzierbar. III. Injektion 5 ccm E. 16. I. Skrotum von normaler Größe, Infiltration in der Epid. noch tastbar. Patient arbeitsfähig.

5. B. E., Hilfarbeiter. 21. I. 1913. Epid. dextra seit einer Woche, Nebenhoden in toto derb infiltriert, sehr druckschmerzhaft. I. Injektion 5 ccm E. 23. I. Objektiv unverändert, Schmerzhaftigkeit wesentlich geringer. II. Injektion 5 ccm E. 25. I. Skrotum von normaler Größe, keine Druckschmerzhaftigkeit. III. Injektion 5 ccm E. 27. I. Residuen der Epid. deutlich tastbar, Patient wieder arbeitsfähig.

6. S. O., Bauzeichner. Epid. gon. dol. seit etwa vier Wochen, linke Skrotalhälfte faustgroß, Hoden und Nebenhoden zu einer einheitlichen Masse verschmolzen, starke Schmerzhaftigkeit. 14. II. 1913. I. Injektion 5 ccm E. 17. II. Schmerzhaftigkeit geschwunden, sonst keine Veränderung. II. Injektion 5 ccm E. 19. II. Skrotaltumor um die Hälfte kleiner, vollkommen schmerzlos, deutliches Infiltrat, namentlich in der Cauda epid. III. Injektion 5 ccm E. 21. II Objektiv unverändert. Wegen Diarrhöe wird von

Digitized by Google

einer Injektion abgesehen. 24. II. Infiltrat der Epid. noch unverändert. IV. Injektion 5 ccm E. 26. II. Infiltrat weicher, aber noch deutlich tastbar, Patient arbeitsfähig.

Ich hatte außerdem Gelegenheit infolge der liebenswürdigen Erlaubnis des Hrn. Prof. RIEHL auf dessen Klinik das Elektrargol in einigen Fällen zu versuchen. Die Fälle stammen aus der Gonorrhöeambulanz der Klinik, in der ich ebenfalls tätig bin. Da diese Fälle in die Klinik aufgenommen wurden, konnten genaue Beobachtungen gemacht werden.

In einem Falle handelt es sich um einen Studenten, der seit mehreren Wochen an Nebenhodenentzündung erkrankt war und unter den starken Schmerzen und konstant hohen Fiebertemperaturen sehr herabgekommen war. Die traditionelle abwartende Therapie hatte keine Besserung zur Folge. Der Status vor der ersten Injektion war folgender:

Epid. dolens dextra. Rechte Skrotalhälfte faustgroß, überaus schmerzhaft. Skrotalhaut ödematös. Hoden und Nebenhoden nicht differenzierbar, Samenstrang derb infiltriert. Temperatur 39,5, Harn trüb, geringe Sekretion aus der Harnröhre. Interne Behandlung mit Kawotal. 30. I. 1913. I. Injektion 5 ccm E. 31. I. In den Abendstunden Temperaturanstieg bis zu 39,7, 1 g Aspirin. 1. II. Temperatur 36,6; Schmerzhaftigkeit geschwunden, der objektive Befund unverändert. II. Injektion 5 ccm E. 2. II. Temperatur normal; St. idem. 3. II. Tumor wesentlich kleiner. Ödem der Skrotalhaut geschwunden. Epid. in toto verdickt und höckerig, vom Hoden abgrenzbar. III. Injektion 5 ccm E. 4. II. Temperatur normal. Patient verläßt das Bett. 5. II. St. idem. IV. Injektion 5 ccm E. 6. II. Da Patient vollkommen fieber- und schmerzfrei ist, wird er aus der Klinik entlassen. Die Infiltration des Nebenhodens zwar weicher, jedoch in ihren Residuen deutlich tastbar.

Ein anderer Fall betraf eine Gonitis gon., Patient litt bereits seit mehreren Wochen an einer sehr schmerzhaften Schwellung des linken Kniegelenks. Dasselbe war in seinen Konturen verwischt, zeigte deutliches Ballotement der Patella. Geringer Ausfluß aus der Harnröhre, beide Harnportionen klar mit reichlichen Flocken. Prostata in beiden Lappen vergrößert, derb. Temperatur 37,6. 18. II. 1913. I. Injektion 10 ccm E. 19. II. Keinerlei Beschwerden von seiten der Injektion, Temperatur normal. 20. II. Schmerzen im Knie haben sich nach Angabe des Patienten wesentlich vermindert, Schwellung noch unverändert. II. Injektion 10 ccm E. Außerdem zweimal täglich Heißluftbäder des erkrankten Gelenkes. 21. II. Schmerzen völlig geschwunden. Die Konturen des Kniegelenkes noch nicht zu erkennen. 22. II. St. idem. III. Injektion 10 ccm E. 23. II. St. idem. 24. II. IV. Injektion 10 ccm E. Das Knie völlig schmerzfrei. Der objektive Befund nur wenig verändert. 26. II. V. Injektion 10 ccm E. Patient schmerzfrei; das Kniegelenk kann nach allen Richtungen ohne Beschwerden bewegt werden; die Konturen des Kniegelenkes deutlich sichtbar. Weiterbehandlung mit Heißluftbädern.

Endlich möchte ich noch einen Fall erwähnen, bei dem die Elektrargolbehandlung völlig versagte.

O. N., Kommis. Gon. seit 4 Wochen. 14. I. 1913. Vermehrter Harnandrang. Harn in beiden Portionen trüb. Die Untersuchung der Prostata ergibt ein strangförmiges Infiltrat, welches sich von der Prostata nach links oben fortgesetzt und etwa fingerdick ist. Da Patient fiebert und starke Schmerzen hat, wird er aus der Ambulanz der Wiener Bezirkskrankenkasse in die Klinik aufgenommen. I. Injektion 5 ccm E. 16. I. St. unverändert. II. Injektion 5 ccm E. 18. I. St. unverändert. III. Injektion 5 ccm E. 20. I. St. vollkommen unverändert. IV. Injektion 5 ccm E. 21. I. Weiterbehandlung mit Arzberger, Ichthyol-Belladonna-Stuhlzäpfchen, Sitzbädern, und Hexamethylentetramin. Es kam im weiteren Verlaufe zur Bildung eines Prostatabszesses und zu einer eiterigen Vesikulitis der linken Seite. Patient steht noch immer in Behandlung.

Digitized by Google

In diesem letzten Falle versagte also die Elektrargolbehandlung vollständig. Ansonst zeigen die angeführten Beobachtungen, daß es durch die Elektrargolbehandlung tatsächlich gelungen ist, sowohl bei akuten als auch bei älteren Fällen gonorrhoischer Epididymitis den Verlauf und die Dauer der Erkrankung wesentlich zu beeinflussen. Im Gegensatz zur früheren Therapie, waren unsere Patienten schon nach ca. 8 Tagen imstande, ohne irgend welche Beschwerden ihrem Berufe nachzugehen. Insbesondere muß auf die Schmerzverminderung oft schon nach einer Injektion von Elektrargol hingewiesen werden. Es ist zweifellos, daß durch das Elektrargol das entzündliche Stadium der gonorrhoischen Komplikationen und besonders der Epid. gon., auf welche ja unsere Beobachtungen sich hauptsächlich beziehen, günstig beeinflußt wird. Es erfolgt eine regelmäßige Abnahme des lokalen Entzündungszustandes, Rückgang der Schwellung und der Schmerzhaftigkeit, Absinken der Temperatur. Hingegen gelingt es nach unseren Erfahrungen nicht durch Elektrargol allein die Restitutio ad integrum des erkrankten Organes herbeizuführen. Wir mußten häufig zur völligen Resorption der entzündlichen Infiltrate im Nebenhoden mit warmen Umschlägen oder mit 5% igen Ichthyolsalben nachbehandeln. Denn am Schlusse unserer Beobachtungen blieb manchmal eine mäßige Härte des erkrankt gewesenen Nebenhodens zurück. Nur bei einem einzigen Patienten, der an einer alten Perikarditis litt, waren wir gezwungen, nach der ersten Injektion auszusetzen, da Patient bedenkliche Symptome von seiten des Herzens (Puls 144, in der Ambulanz aufgenommen) erkennen ließ. Zum Schluß will ich noch erwähnen, daß wir den bestehenden Tripper nach den üblichen Methoden nur mit interner Medikation behandelt haben.

Da somit durch das Elektrargol der Verlauf der Epid. gon. wesentlich verkürzt werden kann, so erscheint seine Anwendung bei dieser Erkrankung durchaus empfehlenswert.

Literatur.

Asch: Die Abortivbehandlg. der gonorrh. Epidid. Ztschr. f. Urologie, 1910. — Gennerich: Anwendg. des Kollargols u. des Elektrargols b. den Folgezuständen des Trippers. Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 11. — Braendle: Über eine neue Behandlgsart. der Epid. u. Urethr. gon. Med. Klinik, 1912, Nr. 11. — Hamonic: L'argent colloidal dans les affections des voies urinaires. Communicat. à l'Association franç. d'Urologie, 1908. — Rohrbach: Über neue Behandlungsmethoden gonorrh. Komplikationen. Derm. Ztschr., 1912, 19. Jahrg., Nr. 1. — Vignolo-Lutati: Boll. delle Cliniche, 1912, Nr. 9. — Bruck: Üb. Epidid. gon. u. ihre Behandlg. Med. Klinik, 1910, Nr. 21. — Schindler: Zur Behandlg. der Epidid. gon. Dtsch. med. Wochenschr., 1906, Bd. XXXII, S. 2067. — Leschner: Zur Frage der Behandlg. mit Antigonorrhöeserum. Folia urolog., 1910, Bd. V, Nr. 3. — Isovesco: Propriétés thérapeutiques des métaux colloidaux électriques. Presse méd. 8. Mai, 1907. — Trémolières: Les colloidaux en Thérapeutique. Thèse de Gènève, 1907. — Ascoli u. Izar: Physiopath. Wirkungen kolloidaler Metalle auf den Menschen. Berl. klin., Wochenschr. 1907, Nr. 21.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

April 1913.

Die Klassifikation der chronischen hartnäckigen makulösen und makulopapulösen schuppenden Erythrodermien, von RICHARD L. SUTTON. S. hatte Gelegenheit, einen typischen Fall von hartnäckiger Xanthoerythrodermie, der bei einer 43jährigen, sonst gesunden Frau seit zirka acht Jahren, vor allem an Ober- und Unterextremitäten, bestand, und von lichenoider Dermatitis zu beobachten, die bei einem 23jährigen Mann seit zirka drei Jahren sich fast über den ganzen Rumpf und die Extremitäten ausgedehnt hatte, ohne besondere subjektive Symptome hervorzurufen, und schließt an diese beiden, auch im mikroskopischen Bilde genau beschriebenen Fälle eine längere Abhandlung an, welche einen gewissen Zusammenhang der verschiedenen Formen von „chronischer schuppender Hautentzündung" zur Schlußfolgerung hat. Demnach gibt es gewisse Hauterkrankungen, welche in mehr oder weniger hohem Grade die klinischen Charakteristika der Dermatitis seborrhoica, der Psoriasis und des Lichen planus vereinen. Der Kürze halber würde es gut sein, alle diese Zustände unter der allgemeinen Bezeichnung „chronische hartnäckige makulöse und makulo-papulöse schuppende Erythrodermien" zusammenzufassen; vom rein wissenschaftlichen Standpunkt aus dürfte es aber besser sein, die verschiedenen Zustände in Gruppen zu ordnen, von welchen jede nur die eine nahe klinische und histopathologische Ähnlichkeit aufweisenden Erythrodermien umfaßt. Dermatitis seborrhoica als Grundform gedacht, würden von ihr strahlenförmig Psoriasis, Lichen planus — von diesen beiden wieder Psoriasis lichenoides, Parapsoriasis und Erythrodermie pityriasoides (BROCQ) —, Parakeratosis variegata, Xanthoerythrodermia perstans, Pityriasis rosea, Pityriasis simplex und andere „Seborrhoe"-Formen ausgehen. Zur (NEISSERS) lichenoiden Psoriasis würden JADASSOHNS psoriasiformes und lichenoides Exanthem und die noduläre psoriasiforme Dermatitis, JULIUSBERGS chronische lichenoide Pityriasis und die im vorliegenden zweiten Falle beschriebene Affektion zuzurechnen sein. Wenn auch der Einwand ein berechtigter ist, daß unsere Kenntnisse über die meisten, wenn nicht alle diese Dermatosen mehr oder weniger unvollständig seien, so glaubt S., daß mit dieser Klassifikation eine Vereinfachung und damit schon ein Fortschritt in diesem so sehr komplizierten Teile der Dermatologie erzielt sei.

Stern-München.

Actas dermo-sifiliograficas.

4. Jahrgang. Juni bis Juli 1912. Nr. 5.

Alopecia areata und Syphilis, von ALBRECHT von NOTTHAFT-München. Im Anschluß an einen von SAMPELAYO beschriebenen Fall von „Alopecia decalvans", der bei einem Syphilitiker im ersten Jahre der Infektion auftrat, setzt N. seine Ansichten über den Zusammenhang von beiden Krankheiten auseinander. Wenn man auch theoretisch an einen Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen denken kann, so kann man ihn in Wirklichkeit nicht beweisen, und bis die Statistik das Gegenteil beweist, muß man sogar annehmen, daß ein solcher Zusammenhang sehr unwahrscheinlich ist. Höchstens kann ein evidenter Erfolg einer Merkurial-

Digitized by Google

oder Jodbehandlung ein gewichtiges Moment für die syphilitische Natur einer Alopecia areata abgeben, während die WASSERMANNsche Reaktion höchstens angibt, daß der Kranke nebenbei auch Syphilis hat. Ein Erfolg bei Salvarsanbehandlung ist erst recht kein Beweis, da der Verfasser schon vor Jahren Arsen bei gewöhnlicher Alopecia areata in hohen Dosen mit bestem Erfolge verschrieb.

Acanthosis nigricans (Dystrophia papillaris et pigmentaria DARIER), von JUAN DE AZÚA. Der hier mitgeteilte Fall bildet den ersten der spanischen Literatur. Es handelte sich um einen 62jährigen Mann mit dunkler Hautfarbe und schwarzem Haar, in dessen Familienanamnese keinerlei Hauterkrankung noch Krebs vorkam. Er hatte früher an akutem Gelenkrheumatismus, an Malaria und an mehreren Lungenentzündungen gelitten; am linken Bein hatte er seit Jahren ein Ulcus varicosum mit ekzematisierter Umgebung. Er erinnert sich ferner, immer Nävi am Rumpfe gehabt zu haben, die bis zu seiner jetzigen Erkrankung stationär blieben. Letztere begann vor einem Jahre bei vorzüglichem Allgemeinbefinden mit einer mit Pruritus verbundenen schwärzlichen Verfärbung des Halses. Allmählich wurden auch die Handrücken und die Genitalregion befallen. Zu der schwarzen Hautverfärbung gesellte sich ein Rissig- und Hartwerden der Haut hinzu, welche in der Analregion direkt zu schwarzen papillomatösen Wucherungen führte. Zugleich begannen die früher schon vorhandenen Naevi an zu wachsen, und es entstanden an den Schenkeln und der Beckenregion gestielte Papillome. Die Haut im ganzen pigmentierte sich dunkler, auf dem Kopf entwickelten sich ebenfalls schwarze, papillomatöse Massen, und die Gelenkbeugen zeigten einen papillomatös granulierenden Zustand, ebenso die früher nur ekzematisierte Haut in der Umgebung des Ulcus varicosum. Das Allgemeinbefinden wurde allmählich recht schlecht, und es gesellte sich noch eine Erschwerung der Harnentleerung hinzu. Allmählich wurden auch die Schleimhäute von der Erkrankung ergriffen. Sowohl die Conjunctiva palpepralis als die Mundschleimhaut zeigten teils papillomatöse Wucherungen, teils einen durch Papillenschwellung bedingten „chagrin"-artigen Zustand der Schleimhaut, der auch am Gaumen und an der Uvula zu erkennen war. Auf der diffus sehr dunkel pigmentierten Haut zeigten sich noch eine große Anzahl von zerstreuten linsenförmigen schwarzen Flecken und Papeln, unabhängig von den Stellen mit Papillomen. Im weiteren Verlauf stellte sich bei persistierendem Pruritus ein masernartiger, über den ganzen Körper ausgebreiteter Ausschlag ein, der aber nach wenigen Tagen wieder verschwand. Trotz weiterer Verschlechterung des Allgemeinbefindens konnte später ein Zurückgehen der Pigmentierung und der Papillomatose konstatiert werden, zugleich bildete sich aber ein undeutlicher Tumor im im Becken aus.

Die mikroskopische Untersuchung eines exzidierten papillomatösen Hautstückchens zeigte an der Epidermis: Hyperkeratose, Hyperakantose und Hyperpigmentation, an der Kutis: allgemeine Hypertrophie, Dilatation der Gefäße, perivaskuläre Infiltration und ebenfalls Hyperpigmentation.

Sekundärsyphilitische Lymphangitis und Perilymphangitis, von ALVAREZ SAINZ DE AJA. Der Verfasser möchte die Aufmerksamkeit auf diejenigen syphilitischen Lymphangitiden lenken, welche außerhalb der Penisregion vorkommen. Er unterscheidet zwei Formen derselben, eine Lymphitis und eine Endoperilymphitis. Erstere ist gewöhnlich bilateral an den unteren Extremitäten lokalisiert und kommt zu gleicher Zeit mit dem Genitalschanker vor. Es handelt sich um leicht schmerzhafte, den Kranken teilweise am Gehen hindernde Verdickungen der Lymphgefäße, welche als violinsaitenartige harte Stränge gewöhnlich an der Innenseite des Beines

Digitized by Google

bis zum Malleolus verlaufen können. Von der zweiten Form teilt er eine Krankengeschichte mit. Es fand sich bei einem Sekundärluetischen mit florider Roseola am Oberschenkel eine spindelförmige, schmerzhafte, an der geröteten Haut adhärente Geschwulst, welche durch einen harten, dünnen Strang mit einer oberflächlichen Unguinaldrüse verbunden war. Heilung durch Quecksilber.

Das Salvarsan bei Lepra. Einfluß desselben auf die Wassermannsche Reaktion bei dieser Erkrankung, von J. Peyri. Das Salvarsan ist zwar bei der Lepra kein spezifisches Heilmittel, lediglich sein Arsengehalt indiziert eventuell seine Anwendung; es modifiziert aber tuberöse Formen, besonders frische, in günstiger Weise. Desgleichen gehen Schleimhautläsionen und ulzerierte Formen gut zurück. Bei anästhetischen Formen ist es hingegen wirkungslos. Das Allgemeinbefinden wird in günstiger Weise beeinflußt, hingegen ändert es in keiner Weise die Wassermannsche Reaktion. Mit Chaulmoograöl intermittierend angewandt, ist es ein gutes Mittel bei der Leprabehandlung.

Sekundärsyphilitische Endoperiphlebitis, von Alvarez Sains de Aja. Zwei Monate nach dem Schanker zeigte sich bei einem Mann eine längliche, schmerzhafte Schwellung am Oberschenkel, welche dem Verlauf der Vena saphena interna entsprach und bis zum Knie reichte. Heilung durch Quecksilberbehandlung.

Das salizylsaure Natron bei einigen Komplikationen der Blennorrhöe, von José S. Covista. Der Verfasser teilt acht Fälle von blennorrhoischem Gelenkrheumatismus mit, bei denen er von periartikulären Injektionen einer Lösung von salizylsaurem Natron (es werden von einer 5%igen Lösung 2 ccm im ganzen an drei Stellen injiziert) gute Erfolge sah. Auch bei Epididymitis (2 cg in zwei Punkten, am Samenstrang und am schmerzhaftesten Teil des Nebenhodens injiziert) bewährte sich das Verfahren.

Behandlung der Psoriasis und mancher Ekzemformen mit Chrysarobin-Teerbädern, von J. Nonell. Der Verfasser bereitet diese Bäder nach der Formel von Balzer-Schimpf unter Zufügung von Chrysarobin: Wacholderteer 50,0, Eigelb Nr. I, Extr. fluid. Quillayae 10,0, Aquae 250,0, dem Badewasser beigemischt. Er sah gute Erfolge bei leichter Psoriasis, besonders aber bei exsudativem und seborrhoischem Ekzem. A. Gunsett-Straßburg.

Revista española de Dermatologia y sifiliografia.

Bd. 15. März 1913. Nr. 171.

Radiumbehandlung der Ulcera varicosa, von Leopoldo Rodriquez und F. Sierra. Besonders bei torpiden Formen mit kallösen Rändern hat man gute Erfolge. In solchen Fällen sind ¾stündige Sitzungen ohne Filter für den Rand nötig. In der Mitte müssen die Sitzungen kürzer sein und sollen alle zwei Tage wiederholt werden. Unter dieser Behandlung ulzerieren die Ränder und vernarben dann bald. In der Mitte erfolgt eine intensive Leukozytose, welche die Heilung anregt. Genauere Angaben über die angewandten Radiummengen fehlen.

Eigene Erfahrungen über Salvarsan, von Vilanova. Das Salvarsan macht keine Sterilisatio magna. Trotzdem ist es ein mächtiges Hilfsmittel in der Behandlung der Syphilis. Seine Anwendung ist aber nicht ohne Gefahr, und dabei kennen wir weder einen Weg, dasselbe unschädlich zu machen, noch wissen wir, bei welcher Dosis es die größte therapeutische Wirksamkeit bei geringster Toxizität entfaltet.

Neosalvarsan, von Baldomero Sommer und Nicolas V. Greco. Von zwölf mit Neosalvarsan injizierten Kranken stellten sich bei sechs Temperaturerhöhungen

Digitized by Google

bis 38° ein; bei zweien war die Injektion intramuskulär erfolgt. Auch sonstige Nebenerscheinungen (Kopfschmerz, Vomitus, Schüttelfrost usw.) wurden beobachtet. An therapeutischem Effekt ist es dem Altsalvarsan gleich.

15. Jahrgang. April 1913.

Über Lepra und ihre Prophylaxe in Spanien speziell in der Gegend des Ostens, von RAFAEL BOVER ALBI. Der vorliegende erste Teil dieser Arbeit umfaßt nur die Frage von der Übertragbarkeit der Lepra im allgemeinen.

Einige Bemerkungen nach einjähriger Salvarsananwendung, von MANUEL SOTELO. Als der Verfasser in den Jahren 1909 und 1910 den Sanitätsdienst des 2. Marineinfanterieregimentes versah, waren die Syphilisrezidive so häufig, daß man es beinahe für angebracht hielt, die Syphiliskranken gänzlich zum Militärdienst untauglich zu erklären, da sie doch die meiste Zeit im Lazarett zubrachten. Seit Einführung des Salvarsans ist dies ganz anders geworden. Es konnte ein beinahe vollständiges Verschwinden der Rezidive konstatiert werden. Dabei wird nur Salvarsan ohne Quecksilber verwandt, und zwar in intravenöser Injektion von 0,4 jeden zwölften Tag. Nur in einem besonders hartnäckigen Falle wurde zu zwei Injektionen von grauem Öl gegriffen. Sogar voluminöse Drüsenschwellungen gingen vollständig zurück, ein Beweis, daß das Mittel nicht nur ein Vernarbungsmittel, sondern auch ein spezifisches Heilmittel der Syphilis darstellt. Erwähnt wird noch ein schwerer Fall von beginnender Myelitis, der mit drei Injektionen von 0,4 vollständig heilte; ferner ein Fall von hereditärer Lues bei einem 10jährigen Kinde, welches von schweren Schleimhautpapeln und Syphiliden der Palmar- und Plantarflächen nach drei Rektalinjektionen von 0,2 vollständig genas.

Ein Fall von seborrhoischem Ekzem des Gesichts mit Röntgenstrahlen geheilt, von C. COMAS und A. PRIO. Heilung mit kleinsten Röntgendosen (1—2 H).

A. Gunsett-Straßburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Angina und Skarlatina, von FELIX SZONTÁGH-Budapest. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 25.) Mandelentzündung und Scharlach sind ein und dieselbe Erkrankung, nur die Reaktion des Organismus ist verschieden. Zur selben Zeit, wenn der Scharlach häufiger auftritt, stellen sich auch Anginafälle häufiger ein. Wenn in einer Familie jemand am Scharlach erkrankt, erkranken auch andere, z. B. die Mutter oder Dienstboten, an Angina. Ein anderes Mal wieder, wenn in irgend einer geschlossenen Anstalt, z. B. in einem Waisenhause, Anginafälle häufiger vorkommen, so kommen zur selben Zeit auch Scharlach- und scharlachverdächtige Fälle vor. Man liest in vielen Lehrbüchern, daß zur Zeit von Scharlachepidemien jeder Anginafall auf Scharlach verdächtig ist. Warum gerade nur zur Zeit von Epidemien? Viele schreiben es gerade heraus, daß die scharlachverdächtigen Anginafälle den Scharlach verbreiten. Worin unterscheidet sich die für Scharlach verdächtige von der für Scharlach nicht verdächtigen Angina? Zwischen der einfachen und der Scharlachangina kann man keine scharfe Scheidewand aufstellen. Man sieht Anginafälle, zu denen sich ein kaum bemerkbares Exanthem gesellt, und es gibt Scharlachfälle, in denen man außer dem Exanthem nichts anderes sieht als eine einfache follikuläre Angina. Nach Verfassers Auffassung sind die

Digitized by Google

Krankheitserreger die pyogenen Bakterien. Die Krankheiten: Sepsis, Pyämie, Septikopyämie, Endokarditis, Epityphlitis, Polyarthritis, Angina usw. bilden eine große Familie. Die Scheidewand zwischen ihnen ist auch nicht scharf gezogen. Der typische Scharlach unterscheidet sich von der einfachen Angina im Exanthem und Enanthem. Das Exanthem scheint dem Scharlach den Charakter der spezifischen Erkrankung zu verleihen. Es stellt sich sehr oft nicht in der typischen Form ein (wie bei Varizellen und Morbillen), ja es kann ganz fehlen. Scarlatina sine exanthemate! Darf man überhaupt von Scharlach sprechen, wenn das Wesentliche, das Exanthem, nicht da ist! Eine scharfe Scheidewand kann auch zwischen der skarlatinösen und der einfachen Angina nicht gezogen werden, auch nicht zwischen dem Scharlachexanthem und den scharlachartigen Exanthemen. Im Wesen unterscheidet sich auch noch das Exanthem des Scharlachs von dem scharlachartigen Exanthem der septischen Prozesse oder von dem Erythema scarlatiniforme. Die Scharlachlehre kann in ihrer heutigen Form nicht mehr aufrechterhalten werden. Nach Ansicht des Verfassers ist die Mandelentzündung eine allgemeine infektiöse Erkrankung, die sichtbare lokale Veränderungen nur in den Mandeln hervorruft, denn die Mandeln erkranken auf einmal, symmetrisch, und auch die Rachenmandeln erkranken. Der peritonsillare Abszeß und die retrotonsillare Phlegmone kann sich in Ausnahmefällen ohne jede vorangegangene Angina selbständig entwickeln. Es erkrankt mit den Tonsillen zugleich die Zunge, das Zahnfleisch, die Lippen, sogar auch die Haut um die Lippen und auf dem Kinn. In solchen Fällen ist die Gefahr der allgemeinen Sepsis groß. Mit der Tonsillitis lacunaris erschienen zu gleicher Zeit die kleinen schwefelgelben Pusteln unter der Schleimhaut auf dem Zahnfleisch, auf der inneren Fläche der geschwollenen Lippen, aber auch auf den Lippen. Es ist sozusagen ein geflügeltes Wort geworden, daß die Mandeln die Tore sehr vieler infektiöser Erkrankungen sind. Die Reaktionserscheinungen, die sich im Falle einer lokalen Infektion einstellen, sind die Waffen der Selbstverteidigung des Organismus. Wenn man sich auf den Standpunkt stellt, daß die Angina eine allgemeine Infektionserkrankung ist, die auf den Tonsillen lokale Veränderungen hervorruft, kann die Erkrankung der Tonsillen auch so interpretiert werden, daß die die Krankheit hervorrufenden pathogenen Keime in den Tonsillen unschädlich gemacht werden, d. h. der Organismus ist in der Selbstverteidigung bestrebt, die Erkrankungen nur auf die Tonsillen zu beschränken. Qualifizieren wir aber die Angina als lokale Erkrankung, die auf exogenem Wege zustande kommt, wenn also das Virus in die Mandeln auf dem Wege der Blutzirkulation gelangt, so sind die Allgemeinsymptome mit den auf den Mandeln sichtbaren geringen Veränderungen nicht im Verhältnis, und sie können den lokalen Veränderungen manchmal um 2—3 Tage zuvorkommen. Es ist möglich, daß die Angina ohne sichtbares Erkranken der Tonsillen verläuft. Bei der Angina sind die Symptome als Toxinwirkung anzunehmen. Der Scharlach ist nichts anderes als eine Angina, bei der sich zu den Allgemeinsymptomen noch eine Toxinwirkung gesellt, nämlich das Exanthem. Es ist also nichts anderes als die auf die Haut ausgeübte Wirkung der Toxine, wobei das skarlatinöse Exanthem der Gradmesser der Intoxikation ist. Von der Intensität kann man auf die Prognose folgern. Die von dem intensivsten Exanthem begleiteten Fälle heilen am glattesten, krisisartig. Bei „Scarlatina sine exanthemate" reagiert doch die Haut bis zu einem gewissen Grade, dies beweist die milde sich danach einstellende Desquammation. Die Toxine gelangen auf die Haut im Wege der Zirkulation:

Digitized by Google

hier werden sie gebunden und aus der Blutbahn ausgeschlossen. Im Wege der Resorption gelangen sie wieder in die Blutzirkulation, darauf weist hin, daß die Niere oft und charakteristisch erkrankt. Im Falle von Scharlacherkrankungen ist auch die Niere empfindlicher, reagiert in gesteigertem Maße und erkrankt deshalb so leicht. Die in die Haut einverleibten Toxine verlassen nur langsam den Organismus. Mehrere Tage vor dem Auftreten der Nierenentzündung fällt auch bei gesundem Urin, bei starker Blässe des Patienten das geringe Ödem der Augenlider auf. Die Niere kann schon krank sein, ohne daß sich die Symptome im Urin zu äußern brauchen. Dies beweist übrigens die seltene Erscheinung, wenn Urämie explosiv, bei ganz gesundem Urin, ausbricht. Das Erbrechen, Kopfschmerz, erschwertes Atmen können eigentlich schon als urämische Erscheinungen aufgefaßt werden und weisen darauf hin, daß die Nierenfunktion schon früher nachgelassen hat, ehe sich die Entzündungssymptome geäußert haben. Nach Verfasser imponieren die Scharlachfälle ohne Exanthem deshalb mehr, weil das Ausbleiben des Exanthems darauf hinweist, daß von den Waffen der Selbstverteidigung des Organismus eine oder die andere fehlt. Nicht die Intoxikation ist schwerer, sondern in der immunisatorischen Einrichtung des Organismus steckt der Fehler. Dagegen ist das vollkommene Erscheinen des Exanthems die Äußerung einer gesteigerteren, aber heilsamen Reaktionsfähigkeit. Eine gesteigertere Reaktionsfähigkeit ist im allgemeinen die Eigentümlichkeit des Kindesalters, bei welchem große Empfindlichkeit es erklärt, daß man so oft den Scharlach antrifft. Es ist zweifellos, daß verschiedene Organismen verschieden reagieren. In Verfassers Abteilung studierte man schon vor Jahren die Hautempfindlichkeit der Kinder für Diphtherie- und Typhustoxine. Bei zahlreichen Kindern konnte man mit Diphtherietoxin überhaupt keine Hautreaktion auslösen; wohl aber bei anderen. Der größte Prozentsatz der positiven Diphtheriekutanreaktion entfällt auf Scharlachkranke bzw. auf Scharlachrekonvaleszenten. Bei diesen sah man in ausgeprägtesten Reaktionen Papeln, die auch 8—14 Tage geblieben sind. Das Scharlachexanthem kann nicht als spezifisch angesehen werden. Auch bei septischen Prozessen sieht man sehr oft „scharlachartige" Exantheme, ebenso sind bei Puerperalfieber scharlachartige Exantheme und Angina beschrieben worden. Es fehlen die sicheren Kriterien, die die „scharlachartigen" Exantheme von dem Exanthem des Scharlachs unterscheiden würden. Eine Differentialdiagnose ist sehr schwer, manchmal sogar unmöglich. Das Exanthem scheint nur spezifisch zu sein; es ist kein prinzipieller, sondern nur gradueller Unterschied zwischen Angina und Scharlachangina. Zu einfacher Angina gesellt sich sehr oft Schnupfen. Auch bei Scharlach kann die Nasenhöhle erkranken, und zwar in viel schwererer Form. Im Zusammenhange mit der einfachen Angina ist die Mittelohrentzündung sehr selten, dagegen ist sie bei Scharlach sehr häufig. So ist es auch mit der Lymphdrüsenentzündung. Eine einer einfachen Angina folgende Polyarthritis kann als milde Pyämie aufgefaßt werden. Auch bei skarlatinöser Angina können Gelenksaffektionen auftreten; das sind aber wirkliche Pyämien. Sehr selten gesellt sich zu einfacher Angina Pyämie, d. h. die Angina verläuft unter dem Bilde der Sepsis tödlich. Die Scharlachpyämie kann nicht überwunden werden. Die Intoxikation verläuft in dem Bilde der rapidesten Sepsis. Der bösartige Scharlach ist nichts anderes als eine Angina mit denkbar schwierigstem rapidem Verlaufe. Im Falle von malignem Scharlach ist das Schicksal des Organismus schon im Augenblick der Erkrankung entschieden. Bei diesem ist die letzte Anstrengung der Schutzwaffen des Organismus ein nur machtloses

Digitized by Google

Ringen; die gutartige ist die Äußerung der heilsamen Reaktion des Organismus. Verfasser veranschaulicht auch in Bildern seine Thesen; er bedingt das Wesen des Scharlachproblems nicht in einem unbekannten Scharlachgifte, sondern einzig und allein in der gemäßigten oder gesteigerten Reaktionsfähigkeit des Organismus.

Porosz-Budapest.

Sind die Einschlüsse in den polynukleären Leukozyten bei Scharlach als pathognomonisch zu betrachten? von H. Bongartz-Nürnberg. (Berl. klin Wochenschr., 1912, Nr. 45.) Verfasser verneint die Frage, da er bei gesunden und kranken Kindern diese Einschlüsse in den weitaus meisten Fällen nachweisen konnte, zur Zeit fieberhafter Erkrankungen scheinen sich die Zelleinschlüsse zu vermehren.

H. Lautsch-Graudenz.

Über die diagnostische Bedeutung der Döhleschen Leukozyteneinschlüsse, von Belák-Budapest. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 52.) Die Döhleschen Leukozyteneinschlüsse kann man für die Scharlachdiagnose nicht heranziehen, da sie auch bei vielen anderen Krankheiten angetroffen werden. Einen diagnostischen Wert mögen sie nur beim negativen Ausfall des Blutbefundes besitzen, da sie in frischen Scharlachfällen tatsächlich stets vorhanden sind; der negative Befund läßt also Scharlach mit Sicherheit ausschließen. Eine Frühdiagnose kann auf Grund der Einschlüsse nicht gestellt werden. O. Junghanns-Dresden.

Zur Kenntnis der Heimkehrfälle bei Scharlach, von M. J. Wegmann. (Diss. Zürich, 1912.) Kinder mit exsudativer Diathese sind sehr disponiert, infiziert zu werden, wenn sie mit Scharlachkranken oder -rekonvaleszenten zusammenkommen. Sie können auch leicht als Rekonvaleszenten das Scharlachkontagium noch längere Zeit nach ihrer Heilung auf sich tragen. Affektionen der Respirationswege und der Ohren sowie der Drüsen sind als gefährliche Infektionsquellen zu betrachten: meistens sind es lymphatische Kinder, die diese Affektionen haben. Es ist sehr wohl möglich, daß die geringe Anzahl der Heimkehrfälle aus der Züricher Kinderklinik des letzten Jahres im Zusammenhang steht mit der vegetabilischen Nahrung, vermittelst welcher man eine günstige Beeinflussung der exsudativen Diathese beobachten konnte. Die Schuppung kann eine Infektion verursachen. Der Beweis ist aber nicht geliefert, ob die Schuppen an sich infektiös sind oder ob die Befeuchtung der Schuppen mit Sekreten der Nase, Ohren oder Mund das Wesentliche bei der Infektion ausmacht. Die Desinfektion, wenn sie auch noch so genau ausgeübt wird, ist nicht imstande, Heimkehrfälle zu verhüten. Eine große Vorsicht ist geboten bei der Beurteilung von Heimkehrfällen als solchen.

Fritz Loeb-München.

Scharlachartige Masern, von G. F. E. Morgan-West Hartlepool. (Brit. med. Journ., 30. Nov. 1912.) Verfasser konstatiert in einer kurzen Mitteilung, daß er wiederholt Fälle beobachtet hat, welche er nur als gleichzeitige Infektion mit Skarlatina und mit Morbilli deuten konnte. Philippi-Bad Salzschlirf.

Scharlachmasern, von J. F. Blackett-Andley. (Brit. med. Journ., 21. Dez. 1912.) In einer Familie fand Verfasser ein Kind mit typischen Masern und gleichzeitig ein anderes mit zweifellosem Scharlach behaftet. Als nach drei Tagen das Masernkind vorübergehend vollständig gesund zu sein geschienen hatte, erkrankte es plötzlich mit wohl ausgeprägter Skarlatina, und das andere Kind entwickelte am zehnten Tage der Beobachtung nach günstigem Verlauf seines Scharlachs eine ausgesprochene Maserninfektion. Philippi-Bad Salzschlirf.

Harntoxizität und Masern, von Hans Mautner. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912. Nr. 47.) Von Aronson und Sommerfeld war der Versuch gemacht worden,

Digitized by Google

die Giftigkeit des Menschenharnes zu diagnostischen Zwecken heranzuziehen. So hatten sie besonders bei Masern eine erhöhte Harntoxizität gesehen. Demgegenüber konnte Verfasser feststellen, daß ebenso hohe Giftwerte wie bei Masern auch bei Kindern mit anderen Infektionskrankheiten — in Betracht kamen Scharlach, Peritonitis, Arthritis chronica — vorkommen. Fischer-Dresden.

Die Gelenkkomplikationen der Masern, von R. Crèmieu und A. Lacassagne-Lyon. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 136.) Nach den bisherigen Publikationen kennt man bei Masern: 1. akute Gelenkentzündungen mit oder ohne Eiterbildung von verschiedener Schwere, 2. subakute und chronische Arthritiden, welche tuberkulöser Natur sind und wie ein Tumor albus verlaufen. Die Verfasser teilen zwei postmorbillöse Gelenkentzündungen mit, welche sich von diesem Typus unterscheiden. Beide Fälle ereigneten sich während der gleichen Masernepidemie. In dem einen Fall, der einen 34jährigen Mann betraf, handelte es sich um eine einfache, unilaterale Hydarthrose, die nach mehr als einem Monat noch nicht geheilt war. Allerdings erwies sich der Kranke durch den positiven Ausfall der Seroreaktion von Arloing und Courmont als tuberkulös, so daß es sich hier wahrscheinlich um einen Hydrops tuberculosus benignus handelt. Die Erkrankung war drei Wochen nach Beginn der Maserneruption aufgetreten. Im zweiten Falle (22jährige Frau) handelte es sich um eine doppelseitige Hydarthrose, die zwölf Tage nach Beendigung der Masern aufgetreten war und gleich einen chronischen Verlauf nahm. 2½ Jahre nachher bestand die Erkrankung noch, wobei Austrocknung des Gelenkes und Erneuerung des Exsudates miteinander abwechselten. Dabei ist sonst am Körper der Patientin keine Erkrankung nachweisbar.

A. Gunsett-Straßburg.

Nephritis und Masern, von A. M. Maisons. (Thèse de Paris, 1912.)

Fritz Loeb-München.

Klinische Beobachtungen über die Entwicklung der Diphtherie während oder im Ablauf der Masern, von Victor Lapeyre. (Thèse de Paris, 1911.)

Fritz Loeb-München.

Die Rubeola (ohne Autor). (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 130.) Man unterscheidet bei der Rubeola vier Perioden. 1. Die Inkubination dauert 14 Tage im Mittel, kann aber auf 5 Tage beschränkt sein. In dieser Periode ist kein auffallendes Symptom zu bemerken. 2. Die Invasion. Hier ist die Eruption das erste Krankheitszeichen. Prodrome sind selten und bestehen dann in Schüttelfrösten, Kopfschmerzen, Schnupfen, Husten, Angina und Fieber bis 39°. Ausnahmsweise kommen Nausea, Delirien, Konvulsionen vor. Diese Periode dauert ½—5 Tage höchstens. 3. Die Eruption. Sie beginnt gewöhnlich morgens, und zwar im Gesicht, selten am Rumpf oder an den Armen. Sie breitet sich in 48 Stunden über den ganzen Körper aus, wobei gewöhnlich schon die erstbefallenen Körperteile verblassen. Die Dauer der Eruption beträgt kaum mehr als zwei Tage. Man unterscheidet einen masern- oder scharlachähnlichen Typus. Gewöhnlich besteht Fieber, Konjunktivitis und Rhinitis sowie Trachealkatarrh. Die Angina ist benigne, in der Mundhöhle finden sich oft Flecken, welche an das Koplik'sche Symptom erinnern könnten. Die Zunge ist normal, nur in schweren Fällen trocken. Immer findet sich eine Drüsenschwellung, besonders der Halsgegend und im Nacken. Merkwürdig ist, daß eine am Tage des Ausbruches des Exanthems vorgenommene Vakzination eine lokale positive Reaktion ergibt. Diese vakzinale Allergie soll nach Netter das beste Unterscheidungsmerkmal zwischen Masern und Rubeola abgeben. 4. Die Desquamation. Nach der Eruption

Digitized by Google

findet sich gewöhnlich eine einige Tage dauernde bräunliche Verhärtung der befallenen Stellen. Eine eigentliche Abschuppung ist selten. A. Gunsett-Straßburg.

Herpes zoster und Varizellen, von Paul Heim. (Berl. klin. Wochenschr., 1912. Nr. 50.) Mitteilung eines Falles von Herpes zoster, einer Mutter, deren Kinder am 10. und 16. Tage an Varizellen erkrankten. Unter Berücksichtigung der von Bokay mitgeteilten neun ähnlichen Fälle hält Verfasser es für möglich, daß der Erreger der Varizellen unter gewissen, noch unbekannten Umständen statt einer allgemeinen Eruption in Form eines Zosters auftreten kann.

H. Lautsch-Graudenz.

Zytologische Beobachtungen bei Windpocken, von C. Mensi-Turin. (Gaz. osped. e Clin., 1912, Nr. 155.) Bei Varizellen beobachtet man ziemlich konstant eine bald starke, bald nur relative Leukopenie und ferner meistens eine Veränderung der Leukozytenformel im Sinne einer Verminderung des Vorwiegens der Leukozyten. K. Rühl-Turin.

Der Typhus exanthematicus. Ätiologie. Klinik, von Fernand Lévy. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 148.) Der Flecktyphus ist eine infektiöse Krankheit, deren Erreger noch unbekannt ist und deren Hauptsymptome in einem typhösen Fieberzustand bestehen, der plötzlich beginnt, unter persistierendem Kopfschmerz einhergeht und von einem spezifischen Hautausschlag begleitet ist, ohne daß aber der Verdauungstraktus in Mitleidenschaft gezogen wird. Es kann jetzt als sicher gelten, daß die Pedikuli die Träger des Krankheitskeimes sind. Gewöhnlich erscheinen die ersten Symptome 5—12 Tage nachdem die Patienten von diesen Parasiten gestochen worden sind. Der Erreger der Krankheit kreist im Blute, und es gelang sogar, durch Überimpfung von Blut flecktyphuskranker Menschen beim Affen und Meerschweinchen eine dem menschlichen Flecktyphus analoge Krankheit zu erzeugen. Das Virus ist wahrscheinlich an die weißen Blutkörperchen gebunden, da die durch die Zentrifugierung isolierten und gewaschenen Leukozyten dieselbe Virulenz aufweisen als das Blut selber. A. Gunsett-Straßburg.

Beobachtungen über Flecktyphus in Astrachan in den Jahren 1907—1909, von Klodnitzky-Astrachan. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 67, H. 5.) Während Verfasser im allgemeinen neben schlechten hygienischen Verhältnissen Unterernährung und Hungersnot der Bevölkerung als hauptsächlich prädisponierende Momente für eine Flecktyphusepidemie ansieht, muß er die in Astrachan in den drei genannten Jahren vorgekommenen Fälle mit einer kolossalen Überfüllung der Gefängnisse, welche eine Folge der inneren politischen Krise ist, erklären. Die hierbei gemachten Beobachtungen benutzte er zu eingehenden klinischen und bakteriologischen Untersuchungen. Was die Bedeutung von Insekten bei der Übertragung des Flecktyphus betrifft, so schließt Verfasser, daß man hierbei den Läusen eine zu große Bedeutung zuschreibe; wiewohl die Möglichkeit nicht zu leugnen ist, daß in manchen Fällen Ansteckung durch die Läuse stattfinden kann, so muß andererseits darauf hingewiesen werden, daß Unreinlichkeit und Armut die Entwicklung dieser Parasiten begünstigen, und diese beiden Faktoren in den Epidemiejahren steigen. Verfasser gelang es, nach vielen erfolglosen Versuchen einmal aus Wanzen und einmal aus dem Blute von Flecktyphuskranken Bazillen zu erhalten und in Reinkultur zu züchten, die völlig übereinstimmende Eigenschaften zeigten und eine ganz außerordentliche Virulenz für Mäuse, Kaninchen, Meerschweinchen besaßen. Diese Bazillen bewahren bis zu zwölf Tagen ihre Lebensfähigkeit und Virulenz im Körper der Wanzen, welche an den sterbenden Tieren gesaugt haben. Immunisationsversuche an Kaninchen

Digitized by Google

blieben ohne Erfolg: nach einem Monate trat äußerste Abmagerung und der Tod der Tiere ein. Die Eigenschaften des gefundenen Bazillus lassen Verfasser denselben als eine neue Art (in der Reihe der Bazillen der hämorrhagischen Septikämie) ansehen; wegen seiner großen Virulenz nannte er ihn Bacillus violentus. Als Erreger des Flecktyphus wagt er ihn aber nicht zu bezeichnen, sondern will noch weitere Untersuchungen auch mit der Agglutination des Serums der Kranken und der Komplementablenkung anschließen. Stern-München.

Das Fleckfieber bei Kindern nach dem Material des Movosoffschen Kinderkrankenhauses in Moskau während der Epidemie des Jahres 1911, von A. Molodenkoff-Moskau. (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 59, H. 3—4.) Vom 7. Januar bis 19. April 1911 wurden 115 Kinder im Alter von 1—14 Jahren in das Movosoffsche Krankenhaus wegen Erkrankung an Typhus exanthematicus aufgenommen. Die Krankheit entsteht als Krankheit der Armut und des Elends, der schlechten und engen Wohnungsverhältnisse bei Fehlen einfachster hygienischer Forderungen. Ein ins allgemeine Krankenzimmer gelegter Fleckfieberkranker ist für die anderen, sich hier befindenden Kranken relativ wenig gefährlich. Von dem Pflegepersonal erkrankten nur wenige dort, wo auf die strengste Reinlichkeit in der Pflege der Kranken geachtet wurde. Von den 115 kranken Kindern starb keines; der verhältnismäßig kurze Verlauf und die Seltenheit schwerer Komplikationen, das Fehlen von Rezidiven lassen die Krankheit als prognostisch günstig erscheinen vor allen anderen akuten Exanthemen des Kindesalters.

Schourp-Danzig.

Über die Komplementbindung bei Flecktyphus durch den wässerigen Extrakt aus dem Flecktyphuserreger, von M. Rabinowitsch-Charkow (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 43.) Verfasser hatte während der Flecktyphusepidemie des Jahres 1908—1909 im Krankenblute wie in den Organen der Verstorbenen regelmäßig ein ganz eigentümliches Stäbchen beobachtet. Dasselbe ist später auch in Reinkultur gezüchtet worden.

Zu den serologischen Untersuchungen benutzte er nun als Antigen den wässerigen Extrakt von 24stündigen Glyzerin-Serumkulturen. Er untersuchte 12 Sera.

Die Ergebnisse sind folgende:

Komplette Komplementbindung ergaben nur diejenigen Sera, die nicht vor dem sechsten Tage der Apyrexie von dem Kranken entnommen waren, und nur mit Extrakten von Kulturen, die nicht weniger als einen Monat und nicht mehr als zwei Monate auf künstlichen Nährböden gezüchtet wurden. Sera von Kranken im Paroxysmus und am zweiten und dritten Tage der Apyrexie haben keine Komplementbindung ergeben. Es sind auch abweichende Resultate zu verzeichnen.

O. Junghanns-Dresden.

Die Prophylaxe des Typhus exanthematicus, von E. Bertarelli. (Morgagni, 1. Dez. 1912.) Die Krankheit wurde durch arabische Kriegsgefangene aus Lybien nach Italien verschleppt. Die neueren Untersuchungen haben übereinstimmend nachgewiesen, daß die größeren Parasiten des Menschen und besonders die Pediculi vestimentorum die Krankheit übertragen. Der ganze Kampf gegen diese Krankheit fällt also mit einem Kampf gegen die Pediculi vestimentorum zusammen.

A. Gunsett-Straßburg.

Vakzinebehandlung der Variola, von P. Teissier und P. L. Marie. (Bull. med., 1912, Nr. 98.) Verfasser haben 13 Variolakranke mit subkutanen oder intravenösen Injektionen von Serum von in Heilung begriffenen Blatternfällen be-

Digitized by Google

handelt; 5 starben, 8 wurden geheilt. Die Injektion des Serums hat einen frappanten Erfolg: das Fieber fällt, die Urinmenge steigt, Puls und Blutdruck erholen sich, das Exanthem läßt nach und vertrocknet. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der Variola mit Jodtinktur, von A. G. Newell. (Indian. med. Gaz., Sept. 1912, S. 352.) Von der Erwägung ausgehend, daß die Jodtinktur ein ausgezeichnetes Hautdesinfiziens ist, welches gut in die Tiefe der oberflächlichen Hautschicht dringt, kam Verfasser auf die Idee, dieselbe zur Desinfektion der Variolapusteln zu verwenden und hierdurch die Kontagiosität der von den Kranken aus sich in die Umgebung zerstreuenden Epithelpartikelchen zu vermindern. Er fand, daß auch die Heilung der Pusteln selber durch Jodtinktur viel glatter vonstatten ging, und daß selbst konfluierende Pusteln ohne entstellende Narben heilten. Die Behandlung muß möglichst frühzeitig begonnen und dreimal täglich vorgenommen werden. Der Verfasser beschränkte allerdings diese Behandlung auf die unbedeckten Körperteile. A. Gunsett-Straßburg.

Osteomyelitische Komplikationen nach Pocken, von Cange-Algier. (Prov. med. 1912, Nr. 32.) In drei Fällen hat der Verfasser merkwürdige Veränderungen an den Unterarmknochen, besonders am distalen Ende, beobachtet, welche auf eine in der Jugend in Anschluß an Pocken aufgetretene Osteomyelitis dieser Knochen zu beziehen waren. Es kommt in Gefolge einer solchen entweder zur Ablösung der Epiphysen mit abnormer Beweglichkeit oder zur Sequesterabstoßung (in einem Falle nach 12 Jahren) oder zu Verkürzungen und abnormen, grotesken Verbiegungen, wie die beigegebenen Röntgenaufnahmen zeigen. Die Erkrankungen waren symmetrisch. Werther-Dresden.

Dio ätiologischen Beziehungen zwischen Variola und Vakzine, von Henri Carrière. (Rev. Suisse rom., 1912, Nr. 11.) Der Verfasser stellt sich ganz auf den Standpunkt des Dresdener Kongresses deutscher Impfärzte (1911) und nimmt an, daß die Variola sehr wohl auf Tiere übertragen werden kann. Dabei wird die menschliche Variola in Vakzine umgewandelt, und die daraus gewonnene Lymphe erzeugt nur noch die charakteristische „Cow-pox". Nach 3—4 Überimpfungen von Tier auf Tier kann diese Variolavakzine ohne Gefahr zur Impfung des Menschen benutzt werden und zeichnet sich durch die Sicherheit und Dauer der durch dieselbe erzeugten Immunität aus. Wahrscheinlich stammen Variola und Vakzine von einem gemeinsamen Stamm ab. A. Gunsett-Straßburg.

Das Blutbild bei Pocken und Impfpocken, von Erlenmeyer-Freiburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 1.) Verfasser hat bei zwei Pockenfällen, einer mittelschweren Variola und einer sehr leicht verlaufenden Variolois das von Kämmerer beschriebene Blutbild beobachtet,

1. eine mehr oder minder starke Leukozytose; 2. eine relative Verminderung der neutrophilen Leukozyten; 3. Eosinophile und Mastzellen sind normal; 4. eine relative und absolute Vermehrung der einkernigen Zellen, die 40% und mehr ausmachen. Verfasser sieht diese Zellen als Lymphozyten an.

Das Blutbild von vier zwölfjährigen Schulbuben zeigte keine Veränderungen nach der Impfung.

Daraus wird gefolgert, daß Blutuntersuchung bei Variolaverdacht auch bei Revakzinierten zur Diagnosestellung benutzt werden kann. Junghanns-Dresden.

Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1911, von L. Stumpf. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 44.) Die Arbeit enthält teils statistisches Material, teils sachliche Bemerkungen. Bei einer nach dem Zensus von 1910 annähernd sieben Millionen betragenden Ein-

Digitized by Google

wohnerzahl waren 228 661 Kinder zur ersten Impfung verpflichtet; es blieben davon aus verschiedenen Gründen etwas über 27 000 ungeimpft. Von den zur Wiederimpfung Verpflichteten blieben 2417, größtenteils auf Grund ärztlicher Atteste, ungeimpft. Der sachliche Teil der Arbeit bringt hauptsächlich Angaben über die Provenienz der verwendeten Lymphe, über die von den einzelnen Impfärzten bevorzugte Technik, den Prozentsatz der positiven Resultate und etwaige Störungen. In München war bei der Impfung durch ein Merkblatt für den Fall einer Erkrankung unentgeltlich ärztliche Behandlung zugesichert worden. Unter mehr als 15 900 Impfungen wurde nur zwölfmal (= 7 in 10 000) Gebrauch hiervon gemacht. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die passive vakzinale Immunität durch intravenöse Injektion von Variola-Serum, von Pierre Teissier, Pierre Gastinel und P. L. Marie. (Acad. des scienc., 23. Dez. 1912.) Die Verfasser versuchten, eine experimentelle Basis für eine Serotherapie der Variola zu schaffen. Sie benutzten das Kaninchen als Versuchstier und machten ihm intravenöse Injektionen mit Serum eines Variolakranken. Teils vorher, teils nachher machten sie Vakzineinokulationen am Rücken des Tieres. Aus ihren Untersuchungen geht hervor, daß 1. die Vakzination durch eine einzige Variolaserumdosis, die 2—6 Tage nach der Vakzination vorgenommen wird, modifiziert werden kann; 2. fraktionierte, öfter wiederholte Dosen modifizieren die Vakzineeruption, selbst wenn die Vakzination noch nach der letzten Seruminjektion vorgenommen wird, und das Serum des Tieres zeigt zu dieser Zeit stark virulizide Eigenschaften; 3. wird die Vakzination vor der Serotherapie vorgenommen, so hat letztere nur dann Erfolg, wenn sie spätestens 48 Stunden nach der Vakzination vorgenommen wird. Nach dieser Zeit entwickelt sich die Vakzineeruption ebenso beim behandelten als beim Vergleichstier; 4. das wirksamste Serum zur Erzeugung einer passiven Immunität muß immer von einem geheilten oder in Rekonvalenszenz befindlichen Individuum stammen. Im speziellen darf es nur von dem Moment an gewonnen werden, in dem keine Komplementablenkung mehr festgestellt werden kann. Eine Serotherapie müßte also so zeitig als möglich versucht werden. A. Gunsett-Straßburg.

Zwei Fälle von verspäteter Abheilung der Impfpusteln, von Meder-Cöln. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 2.) Verfasser beschreibt einen Fall von sogenannter Vaccina serpiginosa, einer Riesenblatter, die sich landkartenartig, flächenhaft ausbreitet. Vermutlich handelte es sich um abgeschwächte Lymphe, die keine vollkommene Immunisierung und dadurch verlangsamte Abheilung veranlaßte. Der zweite veröffentlichte Fall ist ein etwa nach einem Monat nach der Impfung in der Narbe aufgetretenes Vakzinerezidiv mit fehlender zentraler Delle, unregelmäßiger Begrenzung, leicht blutigem Inhalt, etwas zackiger Area. Die Ursache ist ein unerklärt rasches Verschwinden bzw. Abschwächung der Immunisation, so daß die Rezidivpustel den Knötchen der Revakzinierten glich und nicht der klassischen Jennerschen Bläschenform. Viktor Caesar-Dresden.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. Tuberkulose.

Die Tuberkulose der Haut, von F. Lewandowsky-Hamburg. (Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere, XVI. Jahrgang, 1. Abt. 1912.) Sehr ausführliche Zusammenstellung der neuesten

Digitized by Google

Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der Hauttuberkulose mit eingehender Kritik der wichtigsten Hypothesen.

Als Hauttuberkulose wird jede Erkrankung bezeichnet, die durch Tuberkelbazillen oder seine Derivate erzeugt wird, gleichviel, ob der Typus bovinus oder humanus der Erreger ist. Unter diesem Gesichtspunkt werden auch die „Tuberkulide" als bazillare Tuberkulosen aufgefaßt, denen zwar histologisch typische, tuberkulöse Struktur und Tuberkelbazillen fehlen können, die aber nur im tuberkulösen Organismus vorkommen.

Aus den weiteren Ausführungen, die im Rahmen eines Referates nicht geschildert werden können und die schon durch das reichhaltige Literaturverzeichnis eine ausgezeichnete Quelle für alle Arbeiten auf diesem Gebiet darstellen, sei noch der Standpunkt des Verfassers zum Lupus erythematodes hervorgehoben. Er kommt zu dem Schlusse, daß unter diesem Namen sich ätiologisch verschiedene Krankheiten verbergen, die klinisch noch nicht zu differenzieren sind, und von denen eine sicher als eine besondere Form der Tuberkulose anzusehen ist. H. Lautsch-Graudenz.

Prognose und Therapie der Hauttuberkulose, von Alfred Jungmann-Wien. (Ztschr. f. ärztl. Fortb., 1912, Nr. 24.) Die Prognose der Hauttuberkulose hängt davon ab, ob noch tuberkulöse Veränderungen anderer Organe vorliegen, ob Schleimhäute mit erkrankt sind, wie zweckmäßig oder unzweckmäßig die Vorbehandlung gewesen ist, schließlich auch davon, wieweit es möglich ist, den Kranken unter günstige hygienische Verhältnisse zu bringen. Darum werden entschieden eigene Heilstätten für Lupöse verlangt.

Neben allgemeiner Kräftigung des Körpers wird für die Allgemeinbehandlung dem Tuberkulin wegen seiner unsicheren Dosierung als einem vorläufig rein empirischen Verfahren nur ein bedingter Wert zuerkannt. Von den lokalen Behandlungsmethoden werden als radikale das operativ-plastische Verfahren und die Finsenbehandlung genannt. Ersteres stellt, wo es überhaupt anwendbar ist, das letzte und erfolgreichste dar, aber auch die Finsenbehandlung kann auf 30—60% Dauerheilungen rechnen, neben zahllosen, der Heilung nahekommenden Besserungen. Die Indikationsstellung für beide Verfahren wird abhängig sein von Erfahrung, aber auch vom Geschick und dem Geschmack des Arztes.

Als unterstützende, vielfach vorbereitende Verfahren für die Finsenbehandlung haben zu gelten, die Behandlung mit Quecksilberdampflicht, Röntgen- und Radiumstrahlen und mit Ätzmitteln. Von großer Bedeutung ist die Behandlung der Schleimhauterkrankungen, wofür erfolgreich Röntgen-, Radiumstrahlen, Galvanokauter, besonders auch das Pfannenstielsche Verfahren mit Jod in statu nascendi in Anwendung kommen. Zu verwerfen sind scharfer Löffel, Paquelin, heroische Ätzmittel, die auch das gesunde Gewebe zerstören, ohne das kranke radikal zu entfernen, außerdem für spätere Lichtbehandlung ungünstige Verhältnisse schaffen. Eher hat das Holländersche Heißluftverfahren seine Berechtigung, lästig ist die Notwendigkeit der Narkose dabei.

H. Lautsch-Graudenz.

Zur Behandlung der chirurgisch-tuberkulotischen Erkrankungen und der trägen, nekrotischen Geschwüre, von Mandl-Budapest. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 51.) Ausgehend von der Pfannenstielschen Behandlung tuberkulotischer Geschwüre: innerlich mit NaI und nachträglich äußerer Anwendung von H_2O_2 hat der Verf. ein Präparat ersonnen, das uno ictu Jod und Oxygen in statu nascendi bei Berührung mit Feuchtigkeit abgeben soll. Dieses Mittel wird unter dem Namen „Ulsanin" in den Handel gebracht und ist zu beziehen aus der Engelapotheke in Budapest.

Dieses Mittel wurde an mehreren Wiener Kliniken erprobt und soll ein wirksames Heilmittel gegen tuberkulotische Granulationen und Geschwüre, sowie gegen putride Wunden sein. Fischer-Dresden.

Digitized by Google

Tuberkulöse Elefantiasis, von Chabé. (Prov. méd., 1912, Nr. 47.) Bei einer 25 jährigen Kranken finden sich gleichzeitig kalte Abszesse und eine seit 7 Jahren bestehende Elefantiasis des linken Beines, welche den Fuß freigelassen hat. Da andere Verfasser in letzterer Zeit von einer tuberkulösen Elefantiasis geredet haben, nimmt Verf. auch hier eine tuberkulöse Ätiologie an, ohne etwas zur Aufklärung der Pathogenese hinzufügen zu können. Werther-Dresden.

Tuberkulöse Gummata und Ulzerationen der Haut. Klinik, Diagnose und Behandlung, von Gougerot. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 4.) Die akuten tuberkulösen Ulzerationen resultieren aus konfluierenden Haut- und Schleimhautgranulationen (Tuberculosis miliaris acuta ulcerosa) und kommen meist nur bei Phthisikern im 2. und 3. Stadium vor. Besonders häufig sind die Ulzerationen der Zunge, wo sie entweder als unregelmäßige Geschwüre mit unterminierten Rändern oder als Fissuren auftreten, enorm schmerzhaft sind und eine sehr schlechte Prognose geben. Eine weitere Prädilektionsstelle für dieselben ist die Unterlippe. Selten kommen sie an den Tonsillen, am Anus, dem Präputium und der Vulva vor. Ein Hauptmerkmal dieser Geschwüre sind die in der Umgebung sich findenden gelben Punkte, welche die Invasionszone des schnell wachsenden Geschwüres darstellen. Zur Behandlung empfiehlt G. die Milchsäure in folgender Formel: Acid. lact. 15, Acid. carbol. 5, Glyzerin 20.

Die chronischen tuberkulösen Geschwüre entwickeln sich immer im Anschluß an Hautgummata. Der Verfasser unterscheidet von letzteren drei Formen: 1. die subkutanen tuberkulösen Gummata, welche gewöhnlich die Fortsetzung tiefer liegender Eiterherde (Drüsen) sind. Daher ihre Lokalisation am Hals. Sie können höchstens mit Sporotrichose verwechselt werden. 2. die aszendierende tuberkulöse Lymphangitis. Sie findet sich gewöhnlich an der oberen Extremität, schließt sich an eine Verletzung oder einen Biß in den Finger an und führt gewöhnlich zu Lungen- oder allgemeiner Tuberkulose. 3. das Hautskrofuloderm der deutschen Verfasser.

Was die Behandlung anbetrifft, so wird, wenn man eine noch harte Infiltration vor sich hat, eine aufweichende Flüssigkeit injiziert, z. B. die Calotsche Formel: Phenol sulfo-ricin., Phenol camphor., Naphtol camphor., Ol. terebinth ää.

Es werden 8—15 Tropfen injiziert. Nach 48 Stunden erfolgt die Injektion nochmals, wenn die Erweichung nicht erfolgt ist. Hat man eine fungöse Erweichung vor sich, so wird der Eiter durch Punktion entleert und 5—10 ccm des folgenden Gemisches injiziert: Naphtol camphor. 3,0, Glyzerin 17,0. Alle 10—14 Tage wird die Behandlung wiederholt.

Hat man einen kalten Abszeß vor sich, so wird entweder Jodoformäther oder folgendes Gemisch in einer Menge von 10 ccm injiziert: Kreosot 10, Guajakol 8, Naphtol 10, Äther 25, Ol. olivar. ster. 75.

Bei Fisteln und Ulzerationen wird folgende Flüssigkeit injiziert: Phenol camphor., Naphtol camphor ää 6,0, Guajakol, Naphtol ää 12,0, Spermazeti, Lanolin ää 50,0.

Ferner gibt auch die Heliotherapie glänzende Resultate. A. Gunsett-Straßburg.

Ein primäres tuberkulöses Geschwür der Zunge, von Gerschun. (Wratschebnaja Gaseta, 1913, Nr. 2 und 3.) Nach Erwähnung der Fälle von Portal, Stromeyer, Lücke, Willig, Dobberstein und v. Petersen berichtet Verf. über einen eigenen Fall von primärer Tuberkulose der Zunge. Es handelte sich um einen 36 jährigen, gesunden Schlosser, der eines Ulcus induratum penis und gleichzeitig eines, das mittlere Drittel der Zunge einnehmenden Geschwürs wegen das 1. Stadthospital zu Moskau aufsuchte. Bei der bestehenden Sklerose des Penis lag es nahe, auch das Geschwür der Zunge, welches stark infiltriert und schmerzlos war, als syphilitisch anzusprechen. Der negative Befund von Spir. pallidae im Eiter des Zungengeschwürs bei einem positiven Befund von Spir.

Digitized by Google

pallida im Geschwür des Penis und bei dem für Tuberkulose charakteristischen mikroskopischen Befund eines aus dem Zungengeschwür exstierpierten Stückchens (große Mengen von Riesenzellen, epithelioider Charakter der Zellanhäufungen, Fehlen von Neubildung der Blutgefäße und schlechte Entwicklung von Narbengewebe an den peripheren Stellen) geben die sichere Möglichkeit, trotz Fehlen von Tuberkelbazillen, für die Diagnose eines primären tuberkulösen Geschwürs der Zunge. Das Zungengeschwür vernarbte nach chirurgischer Behandlung. Arthur Jordan-Moskau.

Wie soll man den Lupus nicht behandeln? von Alfred Jungmann-Wien. (Med. Klinik, 1912, Nr. 48.) Der Verfasser glaubt, daß die noch immer relativ seltenen Erfolge von Hauttuberkulose ihren Grund darin haben, daß einerseits die Methodik, um Erfolge zu erreichen und die vielartigen Apparate, die dazu erforderlich sind, an nur wenigen Stellen Eingang gefunden haben, und andererseits noch immer sehr viele Verfahrungsweisen angewendet werden, die nicht nur ohne Nutzen, sondern oft schädlich sind. Die erste von dem Verfasser perhorreszierte Methode, die zum Teil vor der vorantiseptischen Zeit und der Zeit mangelnden Wissens, daß der Tuberkelbazillus der Erreger des Lupus sei, datiert, ist die, möglichst tiefe Zerstörungen des erkrankten Gewebes auf gewaltsame und doch nicht radikale Weise hervorzurufen, z. B. Pacquelin, Ätzmethoden mit festen, flüssigen oder pastösen Substanzen (Lapis- oder Cuprumstift, Salpetersäure, Salzsäure, Wiener Paste) oder chirurgische Eingriffe (Exkochleation, Stichlung usw.). Dabei bestand die Gefahr der Weiterverbreitung der Erkrankung peripheriewärts, da man aus den oberflächlichen Knötchen oder sonstigen Zentren des Krankheitsherdes für das richtige Treffen in der Tiefe keinerlei Anhalt besitzt, oder die Mitbeteiligung der Schleimhaut die bloße Behandlung der Haut illusorisch macht.

Unter 2000 Fällen, die dem Verfasser zur Verfügung stehen, findet er in der Anamnese fast stets bei den schweren Fällen die meist systematische Anwendung einer dieser überaus schmerzhaften Methoden oft konsequent jahrelang durchgeführt; abgesehen von der Gefahr der Weiterverbreitung werden durch diese destruktiven Methoden oft Veränderungen gesetzt, die der Lupus selbst in jahrelangem Verlaufe nicht hervorbringen würde und die schlimmer sind, als die bestehenden, sich meist eminent chronisch entwickelnden kleinen Lupusherde. Dicke Narben im Gesicht, die zu Ektropium oder zu Verziehungen von Mund und Nase oder zum Fehlen eines großen Teiles des Ohres, oder sogar zu solchen Veränderungen der Mundspalte führen, daß zur Nahrungsaufnahme Stomatoplastik notwendig war.

Derartige Zerstörungen sieht man bei der Finsenbehandlung nie, wenn auch der Verfasser in manchen Fällen zur Vorbehandlung von der Ätzwirkung des Pyrogallol, Resorzin usw. aber nur in milder Weise Gebrauch machte, zumal eine zu intensive destruierende Ätzmethode bisweilen Narben entstehen läßt, die die Anwendung der Finsenbehandlung erschweren und die Resultate beeinträchtigen.

Von Fehlern, die bei der guten Methode der Exstirpation oft gemacht werden, nennt der Verfasser 1. daß die Schnittlinie zu nahe an der Grenze des Lupusherdes geführt wird, so daß an der Oberfläche zwar eine Scheinheilung stattfindet, in der Tiefe aber es zu Rezidiven kommt; 2. dürfen bei guter Technik weder die Hände noch die Instrumente in Berührung mit dem lupösen Gewebe kommen; 3. sollen große Lupusherde in toto aber nicht stückweise und in Inervallen exstirpiert werden; 4. soll schwerer Nasenlupus gar nicht extirpiert werden, da Totalexstirpation wegen der fast regelmäßigen Mitbeteiligung der Schleimhaut unmöglich ist, und eventuell transplantierte Lappen durch Neuinfektion vom Naseninnern aus zugrunde gehen.

Was nun die Lichtbehandlung — Finsen — Radium — Röntgen — Quecksilberlicht — anbelangt, so ist für den Erfolg dringend nötig: richtige Indikationsstellung,

Digitized by Google

akurate Technik und kein planloses Durcheinanderarbeiten mit den verschiedenen Methoden, sondern ein zielbewußtes Kombinieren. Fehlerhaft ist es, den Lupus nicht als Ganzes zu behandeln, sondern stellenweise; ebenso müssen Lymphome und kariöse oder skrofulöse Prozesse an allen Körperstellen mit behandelt werden, damit kein Herd im Organismus bleibt, von dem aus Neuinfektion erfolgen kann. Nur selten ist der Lupus rein lokaler Natur, und Besserung oder Verschlimmerung des lokalen Herdes ist meist ein Symptom für den Allgemeinzustand. Der Lupus beginnt meist in der Kindheit und meist als leichter Fall; richtige Anwendung unserer guten Mittel und Vermeidung von Schädlichkeiten werden großen Nutzen stiften. Krankengeschichten müssen im Original eingesehen werden. Lasch-Breslau.

Ist das Tuberkulin für den gesunden Organismus ungiftig? von P. Geibel. (Ztschr. f. Hyg., Bd. 73, H. 1.) Die angestellten Untersuchungen berechtigen Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Bezüglich des Tukerkulinum Koch hat Koch selbst die Möglichkeit einer Tuberkulosegiftwirkung auf die gesunde Zelle zugegeben. Der sichere Nachweis dieser Tatsache aber ist bei dem Tukerkulinum Koch nicht möglich, weil es nicht spezifische, zellschädigende Stoffe (Glyzerin, Fleischextrakt) in zu großer Menge enthält. 2. Mit Hilfe der Landmannschen Präparate ist es möglich, die spezifische Giftwirkung des Tuberkulosegiftes dem gesunden Organismus gegenüber einwandfrei nachzuweisen. 3. Die Behauptungen von Löwenstein, Ruppel, Richmann u. a., welche dem Gift des Tuberkelbazillus jede Wirkung auf den gesunden Organismus abstreiten, sind durch Verfasser widerlegt. Das Gleiche gilt für die Verfasser, die den Toxinen resp. Endotoxinen des Tuberkelbazillus nur eine relativ giftige Wirkung auf das gesunde Individuum zuschreiben zu müssen glauben. Haas-Hamburg.

Lupus des Larynx, von F. J. Collet. (Lyon méd., 1912, Nr. 41.) Zusammenfassende Übersicht über Klinik, Ätiologie, Diagnose, Prognose und Therapie des Kehlkopflupus. Zu kurzem Referate nicht geeignet. Richard Frühwald-Leipzig.

Lupus nach Masern, von J. G. Chagnaud. (Thèse de Bordeaux, 1911.) Fritz Loeb-München.

Probleme der spezifischen Tuberkulosebehandlung, von E. Levy-Straßburg i. E. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 52.) In dieser Arbeit beschäftigt sich der Verfasser zunächst mit der Frage einer prophylaktischen aktiven Schutzimpfung gegen Tuberkulose. Alle bisher angewandten Verfahren, sei es mit nicht mehr virulenten, sei es mit durch chemisch indifferente Stoffe abgeschwächten oder abgetöteten Tuberkelbazillen, oder schießlich mit Stoffwechselprodukten derselben, verleihen nur eine temporäre Resistenzerhöhung gegen eine nachträgliche Infektion. Bei subkutaner Anwendung dauert dieselbe etwa sechs Monate, bei intravenöser Anwendung etwa $^3/_4$—1 Jahr. Sodann wendet sich der Verfasser der Frage einer nachträglichen aktiven Immunisierung eines bereits tuberkulös erkrankten Organismus zu. In Betracht kommen dabei die Superinfektion mit lebenden und toten Tuberkelbazillen oder mit deren Stoffwechselprodukten. Auch bei dieser Art der Behandlung erreicht man nur eine temporäre Immunität, jedoch nur unter der Bedingung, daß man bei der Superinfektion nicht zu große Dosen nimmt. Welche von diesen drei Methoden nun den Vorzug haben soll, sucht der Verfasser schließlich noch zu beantworten. Zur Erzielung eines Zustandes der Immunität ist die Impfung mit lebenden Erregern und zwar stets mit nur ganz schwach virulenten weitaus die beste Methode. Der viel vertretenen Ansicht, daß zur Heilung von Tuberkulose sich abgetötetes Material gar nicht eigne, vermag der Verfasser nicht beizustimmen. Als besonders günstig für diese Behandlungsart empfiehlt er das Präparat „Tebean"; dieses macht beim Menschen nach subkutaner Einspritzung an der Injektionsstelle charakteristische Tuberkelbildung und Verkäsung, zuweilen entwickeln sich hier auch

Digitized by Google

Abszesse, besonders nach großen Dosen. Verfasser gewann nun den Eindruck beim Tebean, als ob die Abheilung dieser Abszesse auf den Verlauf der Tuberkulose beim Menschen im günstigen Sinne einwirke, ebenso wie die Resorption der Injektionsinfiltrate. Ein Weiterfortschreiten auf dem Wege der Lymphbahnen sei nicht zu befürchten, da es sich um die Wirkung toter Bazillen handle. Am Schlusse seiner Arbeit betont Verfasser noch einmal, daß die Tuberkuloseimmunität nur eine relative, eine temporäre sei. Infolgedessen müsse man, solange auch nur eine latente Tuberkulose zu vermuten sei, die Injektion der Präparate, die eine Vakzinationstuberkulose hervorrufen sollen, alle 3—6—12 Monate nach der letztvorhergehenden Einspritzung wiederholen. Ob man dabei stets eine Serie von Injektionen wenn möglichst steigender Dosen anwende oder nur eine einzige bzw. nur wenige Injektionen einer Bazillenmenge, die gerade noch zulässig wäre, dies müsse noch genau festgestellt werden. Fischer-Dresden.

Das Tuberkulin in der Therapie des Lupus vulgaris, von Wilhelm Krüger. (Diss. Jena, 1912.) Verfasser gibt eine sehr ausführliche Übersicht über die bisherige, das Titelthema betreffende Literatur. Aus dieser geht hervor, daß man wohl in der Mehrzahl der Fälle Besserungen, aber nur äußerst selten durch Tuberkulin allein Heilungen erreicht hat, daß außerdem das Heilverfahren häufig noch mit recht unangenehmen Begleiterscheinungen verknüpft war. Daraus erkläre es sich auch, daß zurzeit die Mehrzahl der Dermatologen eine ausschließliche Tuberkulinbehandlung nicht für ausreichend und ausführbar hält, sondern daß diese mit anderen geeigneten Methoden zur Erzielung eines endgültigen Heilerfolges vereinigt wird. Auch an der Jenenser Hautklinik werden nicht prinzipiell in jedem Falle von Lupus Tuberkulininjektionen angewandt, sondern nur in besonderen Fällen, beispielsweise dann, wenn nach vorausgegangener längerer physikalischer oder chemischer Behandlung ein toter Punkt erreicht ist, wenn die Reaktion auf dieses Mittel aufgehört hat. Das wird dort beobachtet bei Herden inmitten von Narben und bei Lupusherden, die stark bindegewebig durchsetzt sind. In solchen Fällen erreicht man noch Vorteile durch eine kräftige Herdreaktion, nach deren Abklingen die physikalischen und chemischen Mittel wieder besser einwirken als früher. Fritz Loeb-München.

Über die Wirkung von intravenösen Infusionen mit Aurum-kaliumcyanatum (Merck) bei äußerer Tuberkulose und Lues, von C. Bruck und A. Glück-Breslau. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 2.) Den Anlaß zu therapeutischen Versuchen mit diesem Präparat gaben in erster Linie die Mitteilungen von Koch und von Behring über die enorme bakterizide Kraft der Goldverbindungen, während die sonstigen in der Literatur vorhandenen Berichte über die Anwendung von Goldsalzen spärlich und im allgemeinen wenig befriedigende sind. Nach Ausführung der notwendigen orientierenden Tierversuche gingen Verfasser zunächst zur Behandlung von Lupusfällen mit vorsichtig tastenden Dosen über und haben 21 Fälle, teils Kinder, teils Erwachsene, von denen die meisten eine sehr inveterierte Erkrankung darboten, behandelt. Die Erfolge waren derartig (wie auch an den Abbildungen ersichtlich ist), daß weitere Versuche unbedingt gerechtfertigt erscheinen. Als angemessene Dosierung wird folgendes angegeben: Erwachsene erhalten 0,02—0,05 pro dosi, jeden zweiten bis dritten Tag bis zum Verbrauch von zwölf Injektionen. Kinder von 6—14 Jahren bekommen 0,005 bis 0,03 pro dosi in der gleichen Weise. Aus einer haltbaren 1%igen Stammlösung entnimmt man mit der Pipette die gewünschte Dosis (1 ccm Flüssigkeit = 0,01 Präparat) und gibt für je 1 ccm der Stammlösung 50 ccm einer frisch bereiteten 0,6%igen Kochsalzlösung hinzu; bei mehr als 3 ccm der Stammlösung 100 ccm NaCl-Lösung. Die Infusionen wurden nach der von Weintraud für die Salvarsaninfusionen angegebenen Methode ausgeführt. Bei sachgemäßer Ausführung sind keine wesentlichen Störungen

Digitized by Google

zu erwarten. Von syphilitischen Patienten wurden sieben mit dem neuen Mittel behandelt. Nach diesen allerdings nur provisorischen Beobachtungen hat dasselbe namentlich auf die Spätformen einen erstaunlich günstigen Einfluß und im ersten und zweiten Stadium mindestens die Wirkung eines kräftigen Hg-Präparates. Verfasser fordern zur Nachprüfung auf, damit möglichst bald in objektiver Weise der wirkliche Wert des Mittels festgestellt werde. Philippi-Bad Salzschlirf.

c. Syphilis.

Dauer der Kontagiosität der Syphilis und Ehekonsens im Lichte der neuen Forschung, von Hoffmann-Bonn. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 1.) Nach Fournier kommen tardive sekundäre Syphilide oder Spätplaques 4—10 Jahre und noch viel länger nach der Infektion vor. Verfasser hat sie viel seltener beobachtet. Er glaubt, daß die in Frankreich beliebte Therapie der Pillenkuren daran schuld sei. Kräftige Hg-Salvarsan-Kuren bringen sie schnell zur Heilung.

Er empfiehlt trotz aller Fortschritte, zunächst bei der alten Eheregel zu bleiben, daß Syphilitische frühestens drei, besser erst 4—5 Jahre nach der Infektion heiraten sollen, nur daß wir hoffen dürfen, an Stelle von 5—6 Hg-Kuren künftig mit 2—3 starken Hg-Salvarsankuren auszukommen. Wie weit bei gelungener Abortivheilung also nach einer Kur die Wartezeit verkürzt werden darf, kann erst die weitere Erfahrung lehren. Da während der Frühlatenz auch nach solchen Kuren einzelne Infektionen in der Ehe bereits beobachtet worden sind, ist ein Abweichen von obiger Regel nicht anzuraten und eine Wartezeit von drei Jahren empfehlenswert. Junghanns-Dresden.

Ist es Pflicht des Arztes, einer verheirateten Frau zu sagen, daß sie syphilitisch ist? von Jeanselme. (Bull. soc. franç. de prophyl. san. et morale, 1913, Nr. 2.) Eine 37jährige Frau kam mit einer tardiven Roseola zur Behandlung. Sie war seit 15 Jahren syphilitisch, ohne es zu wissen. Verfasser knüpft an diesen Fall einige allgemeine Betrachtungen und spricht sich dafür aus, eine syphilitische Frau über ihren Zustand zu unterrichten. Richard Frühwald-Leipzig.

Ist das Sperma eines Syphilitikers ansteckend? von Fraenkel. (Wratschebnaja Gaz., 1912, Nr. 48.) Auf Grund einer literarischen Arbeit kommt Verfasser zum Schluß, daß das Sperma des Syphilitikers sensu stricto nicht ansteckend ist und demnach eine Ansteckung durch den Vater nicht existiert, wobei die Mutter eines syphilitischen Kindes im besten Falle nur latent syphilitisch sein kann.

Arth. Jordan-Moskau.

Über die Behandlung der Initialsklerose, von Enzo Bizzozero. (Policlinico, 1912.) Der Verfasser berichtet über günstige Erfolge, die er mit täglich lokal unter die Sklerosa vorgenommenen Hektininjektionen hatte.

A. Gunsett-Straßburg.

Schanker des Augenlids. Salvarsan. Neurorezidiv am Ohre, von Marbaix-Tournai. (Journ. de Bruxelles, 1913, Nr. 3.) Wegen eines Primäraffektes des Augenlids injizierte M. 0,3, 0,4, 0,5 und 0,6 Salvarsan. Sechs Wochen nach der letzten Einspritzung Erbrechen, Ohrensausen, Schwerhörigkeit. Im Liquor Lymphozytose. Eine neuerliche Salvarsaninjektion brachte die Erscheinungen zum Teile zum Verschwinden. Richard Frühwald-Leipzig.

Leukoplakie neben einem syphilitischen Schanker. Wahrscheinliche syphilitische Reinfektion, von Landouzy und Marcel Pinard. (Bull. méd., 1913, Nr. 1.) Ein Patient mit Leukoplakie der Mundwinkel hat einen Primäraffekt am Präputium, der von geringen Sekundärerscheinungen gefolgt war. Acht Jahre vorher hatte der

Digitized by Google

Patient am Genitale eine Ulzeration, die als Herpes diagnostiziert und von keinerlei Erscheinungen gefolgt worden war. Wegen der geringfügigen Sekundärerscheinungen und der Leukoplakie glauben die Verfasser, daß es sich um eine Reinfektion handle. (Dieser Schluß ist mehr als gewagt! D. Ref.)

Richard Frühwald-Leipzig.

Über nachträglich auftretende Primärsklerosen, von REBAUDI-Genua. (Gaz. d. osp. e d. Clin., 1912, Nr. 70.) Nach der ersten entstehen nicht selten weitere Primärsklerosen; meistens beruht ihre Entwicklung auf der Berührung des ersten Schankers mit benachbarten Haut- oder Schleimhautteilen; sie können bis 30 und mehr Tage nach der Entstehung der ersten Initialsklerose oder gar während der Eruption der sekundären Erscheinungen auftreten. Verfasser beschreibt zwei von ihm beobachtete Fälle.

K. Rühl-Turin.

Ein pustulöses Syphilid bei einer Negerin, Blattern vortäuschend, von J. L. KINBY-SMITH-Jacksonville. (New York med. Journ., 9. Nov. 1912.) Die pustulöse Eruption war mit einigen wenigen Herden in Gesicht und Stirn und dem Oberkörper und mit zahlreicheren an den Oberextremitäten vorhanden, ebenso waren Handteller und Fußsohlen befallen. Da gerade eine Blatternepidemie herrschte, so konnte die Diagnosis zweifelhaft sein; die langsame Entwicklung des Ausschlages, der multiforme Charakter desselben (welcher nicht nur Pusteln, sondern auch Papeln u. a. zeigte), sowie andere positive Erscheinungen von Syphilis (u. a. positive WASSERMANNsche Reaktion) beseitigten die Zweifel. Unter spezifischer Behandlung (Hg und 0,6 g Salvarsan intravenös) gingen die Iritis und die Hauterscheinungen prompt zurück. Verfasser möchte mit diesem Falle darauf hinweisen, wie schwierig zuweilen bei einer eben herrschenden Blatternepidemie ein pustulöser Ausschlag die Diagnose gestalten könnte. Stern-München.

Wirkung des Traumas auf die Wiederbelebung der Syphilis. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 12.) OLIVIER LENOIR zeigt in einem die Unfallkunde behandelnden Buche (Accidents du Travail, Vigot 1913), daß das Alter der Syphilis in der Frage der traumatischen Wiederbelebung derselben eine große Rolle spielt. In der Primärperiode ist sie ganz selten, häufiger schon in der Sekundärperiode. Oft treten Schleimhautpapeln an verletzten Schleimhäuten auf, und oft nimmt, selbst bei Fehlen manifester Symptome, eine Hautverletzung die Form einer Spätersheinung der Lues, z. B. einer Rupia an. In der Tertiärperiode sieht man diese Erscheinung am häufigsten. Gummata, Ostitis, Periostitis, Arthritis, Synovitis, Orchiepididymitis finden sich bei Tertiärsyphilitikern häufig selbst nach ganz geringfügigen Traumen. Hervorzuheben ist auch das Auftreten einer Keratitis interstitialis nach einem Trauma des Auges, welches an einem Gesunden keine Spur hinterlassen hätte. Dies kann ebenfalls bei Heredoluetischen vorkommen.

A. Gunsett-Straßburg.

Zur Kasuistik des tertiär syphilitischen Fiebers, von RAWSKAJA. (Russk. Wratsch, 1912, Nr. 38.) Beschreibung eines Falles von langdauerndem Fieber bei einem 32jährigen Mann, welcher Lues leugnete, und wo nach vergeblicher sonstiger Behandlung eine spezifische Kur versucht wurde, die rapid das Fieber zum Schwinden brachte; so daß die Diagnose ex juvantibus gestellt werden konnte.

Arth. Jordan-Moskau.

Rezente Syphilis. Leukoplakie der Kommissur. Möglichkeit einer früheren Syphilis, von LANDOUZY und PINARD. (Soc. méd. des hôp., 27. Dez. 1912.) Ein Kranker zeigte einen Genitalschanker und zu gleicher Zeit eine Leukoplakie der Kommissur. Derselbe litt acht Jahre vorher an einem Genitalgeschwür, das als

Digitized by Google

Herpes angesprochen wurde, aber von heftigen Kopfschmerzen begleitet war. Wahrscheinlich handelte es sich um eine frühere Infektion mit Reinfektion.

A. Gunsett-Straßburg.

Ein Beitrag zur Kutanreaktion der Syphilis, von O. Fischer und E. Klausner-Prag. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 2.) Mit aus syphilitischen Lungen hergestellten Extrakten wurden intrakutane Injektionen gemacht, jeweils $^1/_{50}$—$^1/_{25}$ ccm; 20 Paralysen gaben durchweg ein negatives Resultat; bei allen war die Injektionsstelle am nächsten Tage ganz leicht gerötet und nach 36 Stunden bereits vollkommen abgeblaßt. Dagegen trat eine charakteristische Hautreaktion in Form einer pfennigstückgroßen, leicht bräunlichroten Papel mit lebhaft rotem Entzündungshof auf, in 15 Fällen tertiärer Lues, die alle frische oder abgeheilte gummöse Infiltrate aufwiesen. Ebenso zeigten von vier Fällen mit Lues hereditaria tarda drei hochpositive Kutanreaktion. Dagegen gab von Luetikern des ersten und zweiten Stadiums kein Fall die beschriebene Hautreaktion, und ebenso war bei den mit anderweitigen Krankheiten behafteten Kontrollfällen die Reaktion negativ.

W. Lehmann-Stettin.

Die Hautreaktion bei Lues und ihre Beziehung zur Wassermannschen Reaktion, von R. Mueller und R. O. Stein-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 11.) Zu den intradermalen Injektionen wurden die Extrakte syphilitischer Lebern in der Verdünnung 1:30 verwendet; mittels einer feinen Nadel wurde am Ober- oder Unterarm eine linsengroße Quaddel erzeugt. Für die sicher positive Reaktion wurde nur ein intensives, oft scharf begrenztes, erysipelähnliches Erythem, manchmal verbunden mit einer Infiltration, verwertet. Die stärksten Reaktionen wurden bei Tertiärluetischen gesehen. Interessant war nun, daß positiver Wassermann und positive Hautreaktion in den meisten Fällen übereinstimmten, und daß ferner in einzelnen wenigen Fällen ein negativer Wassermann innerhalb weniger Tage nach Entwicklung der positiven Hautreaktion in einen positiven umschlug.

W. Lehmann-Stettin.

Die modernen Forschungsresultate der Syphilis, speziell das Ehrlich-Hata-Präparat, mit besonderer Berücksichtigung der syphilitischen Erkrankungen der Mundhöhle, von Rudolf Möller-Hamburg. Berlin 1911. Eine den Zahnarzt interessierende Arbeit. Chrzelitzer-Posen.

Die experimentelle Syphilis beim Kaninchen, von Merkuriew. (Wratschebnaja Gaz., 1912, Nr. 47.) Nachdem sich Verfasser, unter Leitung von Prof. Tomaszewski, mit der experimentellen Syphilis bekannt gemacht hatte, hat er seine Versuche im Laboratorium von Prof. Korschun, hauptsächlich nach der Methode von Tomaszewski, fortgesetzt. Bei Benutzung des von letzterem in liebenswürdiger Weise erhaltenen Giftes (36. Passage) erhielt Verfasser unter sechs Fällen in 100% eine Infektion, bei Impfung der Kaninchen mit einem Ulkudurum vom Menschen bekam er unter vier Fällen in einem ein positives Resultat. Bei der ersten Serie der Versuche traten die Sklerose und die Geschwüre nach 12 bis 35 Tagen, ein Fall der zweiten Serie nach 48 Tagen auf. Arth. Jordan-Moskau.

Weitere Beobachtungen über die experimentelle Syphilis der Kaninchen, von Finkelstein. (Praktitscheski Wratsch, 1913, Nr. 4 und 5.) Die Schlußfolgerungen des Verfassers lauten: 1. Bei Impfung nach der Methode von Tomaszewski und Uhlenhut gelingt es, beim Kaninchen alle Grundformen der Syphilis herzustellen: a) Lues I in Gestalt von Ulcera dura; b) Lues II in Gestalt von Papeln, Kondylomen, Keratitis und Iritis; c) Lues III als Gummi; d) generalisierte Lues in Form von Rhinitis, Konjunktivitis, Blepharitis, Tarsitis.

Digitized by Google

Bei allen diesen Formen konnten Spirochäten nachgewiesen werden. 2. Die Kaninchen sind sehr empfänglich für die Infektion mit menschlichem luetischem Virus. 3. Das menschliche Virus verstärkt sich im Organismus der Kaninchen, was sich in Steigerung des Prozentsatzes der Überimpfbarkeit, wie in dem häufigeren Auftreten der generalisierten Lues äußert. 4. Klinisch, histologisch wie bakteriologisch unterscheidet sich das Bild der experimentellen Lues der Kaninchen wenig von derjenigen beim Menschen. 5. Im Serum der luetischen Kaninchen treten Substanzen auf, welche das Komplement binden, aber es fehlen Agglutinine und Heilstoffe. Arth. Jordan-Moskau.

Nachweis der Spirochaeta pallida im Liquor cerebrospinalis bei einem Patienten mit Neurorezidiv nach Salvarsananwendung, von HENRY J. NICHOLS und WILLIAM H. HOUGH-Washington. (Journ. amer. med. assoc., 11. Jan. 1913.) Die Spirochaeta pallida konnte bis jetzt im Liquor cerebrospinalis bei vier Patienten während des Lebens nachgewiesen werden: zweimal im Sekundärstadium, einmal bei hereditärer Lues und einmal bei Syphilis des Nervensystems mit Hautsymptomen. Verfasser berichtet über die erfolgreiche Inokulation eines Kaninchens mit Spirochaeta pallida durch den Liquor cerebrospinalis eines Patienten mit typischem Neurorezidiv nach Salvarsananwendung. Die Zerebrospinalflüssigkeit zeigte beträchtliche Pleozytose, vermehrten Proteingehalt, dagegen negative WASSERMANNsche Reaktion. Bei Dunkelfeldbeleuchtung waren keine Pallidae nachzuweisen. Von der Spinalflüssigkeit wurden einem Kaninchen in jeden Hoden je 3 ccm injiziert. Die nach mehr als 50 Tagen aus dem vergrößerten linken Hoden gewonnene Punktionsflüssigkeit enthielt reichlich Pallidae. In den Gewebsschnitten wurde eine enorme Anzahl typischer Spirochäten nachgewiesen, deren Anordnung der typischen Orchitis luetica entsprach.

Durch den Nachweis der Spirochaeta pallida in dem Liquor cerebrospinalis eines Neurorezidiv-Patienten hält Verfasser den Beweis dafür geliefert, daß es sich beim sogenannten Neurorezidiv um eine luetische Erkrankung und nicht um eine Salvarsanschädigung handelt. Fendt-Wiesbaden.

Zur Frage der neuen Rossschen Entwicklung des Syphiliserregers, von V. SCHILLING-Torgau. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 4.) Von E. H. ROSS ist kürzlich (Brit. med. Journ., 14. Dez. 1912) eine Arbeit erschienen, in welcher über das Vorkommen von Spirochäten in den sogenannten KURLOFF-Körpern berichtet wird, und ein Zusammenhang von solchen Vorkommnissen mit der Entwicklung des Syphiliserregers konstruiert wird. Verfasser konstatiert, daß er selber schon vorher die gleichen Befunde beschrieben und abgebildet hat und auch eine einfache, aber wirksame Färbetechnik angegeben hat, um diese namentlich bei Meerschweinchen bekanntlich häufig anzutreffenden Gebilde zu erkennen. Man löse Azur II in absolutem Alkohol, streiche von der fast gesättigten Lösung ein Tröpfchen deckglasbreit auf einen sauberen Objektträger und lasse die dünne Farbenschicht ganz trocknen. Dann bringe man mit einem breiten Deckglas ein Tröpfchen peripheres Blut eines weiblichen, besonders in der Tragezeit stets reichlich „infizierten" Meerschweinchens so auf die Farbschicht, daß sich die Flüssigkeit spontan in dünner Schicht ausbreitet, wobei die Farbe wieder in Lösung geht. Unter Ölimmersion beobachte man einen großen Mononukleären, der einen ovalen, schwach lichtbrechenden exzentrischen Einschluß aufweist, bis in etwa 10—20 Minuten die Färbung erst blaß, dann intensiver bis zur Vollendung auftritt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Über die Verdauungsfähigkeit des Normal- und Luesserums, von E. MANOILOFF-St.-Petersburg. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 67, H. 5.) Nachdem M. in einer früheren Arbeit darauf hingewiesen hatte, daß man bei der WASSERMANN-NEISSER-BRUCKschen Reaktion natürlichen Magensaft statt des von WASSERMANN angegebenen Ambozeptors benutzen und dieselben Resultate wie mit diesem bekommen kann, so lag die Vermutung nahe, daß irgend ein Zusammenhang chemischer Art zwischen dem Magensaft und Luestoxin bestehe, und Zweck weiterer Studien M.s war es nun, diesen Zusammenhang aufzuklären. Aus den Untersuchungen mit Normal- und Luesserum geht hervor, daß letzteres durch Magensaft bedeutend stärker verdaut wird als Normalserum, daß also im Luesserum eine die Verdauung fördernde Wirkung vorhanden ist. Ein Zusammenhang besteht offenbar zwischen Magensaft und Luesserum, aber eine treffende Erklärung kann M. vorläufig hierfür noch nicht geben, sondern will diese Frage noch weiterhin verfolgen.

Stern-München.

Über weitere Erfahrungen mit Azetonextrakten bei der Serumdiagnostik der Syphilis, von MUNK-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 52.) Verfasser glaubt mit STINER (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 49), daß die Azetonextrakte den Alkoholantigenen dadurch überlegen seien, daß das Azeton eine Anzahl von Neutralfetten nicht löst, die in den Alkoholextrakten die Wirkung herabsetzen. Das sei der wahre Grund und nicht, wie STINER behaupte, der Gehalt an chemisch charakteristischen Lipoiden. Im Azetonextrakt seien ebensowenig charakteristische Lipoide vorhanden wie in den alkoholischen, was er durch einen Versuch stützt. Im übrigen vertritt er seine frühere Anschauung, daß die Serumreaktion ein physikalischer Vorgang sei. O. Junghanns-Dresden.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über die Gesichtspunkte, denen man beim Studium der Dermatologie folgen soll, von L. BOSELLINI. (Stabilimento poligrafico Emiliano. Bologna 1913.) Die Gedanken des Verfassers gipfeln in folgendem: die dermatologische Läsion an sich, das Blutextravasat, die zirkumskripte oder allgemeine Sklerosierung, die katarrhalischen Entzündungen, kurz alles, was wir Purpura, Sklerodermie, Ekzem nennen, bedeuten an und für sich nichts als die Konstatierung einer anatomischen Veränderung der Haut, wenn wir ihren Zusammenhang mit dem übrigen Organismus außer acht lassen: die morphologische Diagnose ist wertlos und sinnlos und erlaubt uns auch für den praktisch klinischen Zweck der Therapie nur eine symptomatische, lokale Behandlung. Nur selten handelt es sich um essentielle Hauterkrankungen. A. Gunsett-Straßburg.

Ätzendes über Wien („Vienna caustic"), von AUGUSTUS MAVERICK-San Antonio, Texas. (New York med. Journ., 5. April 1913.) Bei aller Anerkennung der hohen wissenschaftlichen Vorteile, welche Wien mit seinen zahlreichen Kliniken und Kursen dem jungen Arzte bietet und für die amerikanischen Ärzte zu ihrer Ausbildung eine besondere Anziehung zu bilden scheinen, kann M. nicht umhin, das Trinkgelderunwesen, wie überhaupt den Hang der dortigen Logisvermieter, ihren Vorteil auf das äußers'e auszunützen, in scharfen Worten zu geißeln. Sowohl für amerikanische wie „reichsdeutsche" Ärzte bildet der Aufsatz mit seinen drastischen Beispielen eine höchst beachtenswerte Warnung. Stern-München.

Digitized by Google

Über den Heiratskonsens bei Geschlechtskranken, von EUGEN BRODFELD-Krakau. (Med. Klinik, 1913, Nr. 10.) BRODFELD behauptet, daß die Ärzte für Erteilung eines Heiratskonsenses bei einem geschlechtskrank Gewesenen folgende Bedingungen zugrunde legen müßten, wobei natürlich von einer akuten, noch bestehenden Krankheit überhaupt abzusehen ist:

1. beim chronischen Tripper: negativer Gonokokkenbefund bei häufigeren Untersuchungen, auch des „Bon jour"-Tropfens, und eventuell vorhandener Filamente. Letztere sollen auch frei von Eiterkörperchen sein; die Untersuchung auf Gonokokken muß gesondert im Sekret beider Harnröhrenabschnitte geschehen (Irrigationsprobe) und eventuell mehrfach nach Exzessen in Baccho wiederholt werden;

2. bei Luetikern ist der negative Ausfall der WASSERMANNschen Reaktion nicht allein maßgebend, sondern BRODFELD verlangt, daß kein Syphilitiker vor Ablauf der ersten 4—5 Jahre nach der Infektion, und wenn er mindestens zwei Jahre keine Erscheinungen mehr gezeigt hat, heiraten dürfe, und während der ganzen Zeit nicht nur einmal, sondern methodisch immer wieder behandelt worden ist. Bei positiver WASSERMANNschen Reaktion ist in jedem Falle noch weitere Behandlung zu verlangen. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Der mit Titel und Charakter eines ordentlichen Professors bekleidete außerordentliche Professor LUDWIG MERK in Innsbruck wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

LOUIS ADOLPHUS DUHRING, emeritierter Professor der Dermatologie an der University of Pennsylvania zu Philadelphia, ist gestorben.

Dr. FRIEDRICH Baron KORÁNYI v. TOLCSVA, emerit. Professor der inneren Medizin in Budapest ist gestorben. Er war Verfasser einer preisgekrönten Schrift über Hirnsyphilis sowie der vorzüglichen Bearbeitungen des Milzbrandes und der Rotzkrankheit in den Handbüchern von PITHA-BILLROTH und NOTHNAGEL.

In dem neubegründeten **Kaiserjubiläumsspital in Wien-Lainz** befindet sich u. a. eine Abteilung für Hautkranke mit 137 Betten (Vorstand: Priv.-Doz. Dr. KREN, bisher Assistent der Klinik RIEHL), eine Abteilung für Krankheiten der Harnorgane mit 48 Betten (Primararzt Dr. KROISS, bisher Assistent der chirurgischen Klinik in Innsbruck), ein Röntgeninstitut (Dr. SCHÖNFELD) und ein Institut für physikalische Therapie (Dr. KOWARSCHIK).

Die von Prof. GUSTAV RIEHL und anderen Wiener Klinikern bei den betreffenden Ministerien eingeleitete Aktion zwecks Beschaffung von Radium für Heilzwecke hat bereits erreicht, daß der von RIEHL geleiteten **Radiumstation im Wiener Allgemeinen Krankenhause** 1 g Radium im Werte von 588000 Kronen zur Verfügung gestellt werden soll. Über die vorläufigen Ergebnisse wird schon auf der heurigen Naturforscherversammlung in Wien berichtet werden.

Erratum. Bemerkung zu dem Bericht der Sitzung vom 5. XII. 1912 der Dermatologischen Gesellschaft in Odessa, Nr. 20, S. 570. H. PERKEL: Anstatt: „erst nach Anwendung von Spülungen mit Kaliumpermanganat gelang der Nachweis der Spirochaeta pallida, muß gelesen werden: „erst nach Sistierung von Spülungen mit Kaliumpermanganat" usw.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TARNIER, Bremen.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

Abiturientenverträge für Sekundaner, Flesch 486.
Abolitionistische Föderation. Internationale 524.
Abortivbehandlung s. Blennorrhagie, Blennorrhöe.
Acanthosis nigricans, Schalek 92, Arndt 167, de Azúa 695.
Achorion Quinckeanum beim Menschen, Brault 152.
Adamon 411, 578, 676.
Addisonsche Krankheit, Fabre 382.
Adenokarzinom 259.
Adenomatös s. Prostata.
Adipositas cerebralis u. Adipos. cerebrogenitalis, Jacksch 412.
Ärztliche Prüfungen in d. Schweiz 72.
Ätzgeschwüre n. Wasserglas, Perutz 659.
Ainhum, Goulart 402.
Akari u. Geschwulstätiologie, Saul 330.
Akne agminata. Crockersche, MacCormac 375.
— rosazea m. Radium. Bhdlg. der, Sierra 408.
— skrofulosorum, Adamson 147.
— urtikata, Adamson 374.
— vulgaris. Bakt. Ätiologie der, Haase 153.
— — durch physikal. Therapie. Behdlg. der, Sierra 177.
— des Nackens. Radiumbehdlg. der Keloid-, Sierra 57.
Aknekeloid 376.
Akrodermatitis atrophicans, Zuern 168, Löhe 319, Chajes 429.
Akromegalie 552.
Aktinomykosen 610.
Albuminurie, Starkey 147.
— Chondroiturie und fakultative, Pollitzer 498.
— hervorgerufen durch intravesik. Urinseparation. Transitorische, Cocco 498.
— Korrektionsversuche der Wirbelsäule b. orthostatischer, Jehle 498.
— Renale Tuberkulose u. orthostatische, Castaigne 498.
Albuminurie d. Tuberkulösen. Orthostatische, Hinz u. Sorin 498.
— Pathologie der lordotischen, Dietl 499.
— Harnazidität und, Noorden 543.
Albuminurien in der Kindheit. Behdlg. der, Galliot 545.
Albumosurie bei Tuberkulose, Dietschy 499.
Aleukämischen Zuständen. Manifest. der Haut bei, 32, 33, 326.
Alopecia areata bei Heredosyphilitischen, Terzaghi 113.
— — et totalis, Meachen u. Provis 146.
— — Ätiologie u. Therapie der, Bremener 201.
— — Verlauf bei, Sequeira 375.
— — Ätiologie der, Poehlmann 404.
— — Epidemie von, Fox 457.
— — u. Syphilis, Notthaft 694.
*— neurotica, Rock 661.
*— seborrhoica. Sulfoformbehdlg. der, Joseph 255.
Alopezie. Hereditäre, Davis 373.
— s. Thalliumalopezie.
Alopezien. Behdlg. der, Plicque 383.
Alternierendes Auftreten von Krankheitssymptomen 331.
Anämie. Zungen- und Mundschleimhautveränderungen bei perniziöser, Wise 460.
Angina u. Skarlatina, Szontágh 697.
Angiodermitis. Angiomatöse, infiltr., polymorphe, Pautrier, Fernet und François 174.
Angiokeratomatöse Familie, Pringle 376.
Angio-Lupoid, Brocq u. Pautrier 326.
Angiom. Ausgedehntes infektiöses, Morris u. Dore 375.
Anilinfabriken. Blasengeschwülste bei Arbeitern in, Lewin 674.
Anonymus? Wer ist der Pfälzer, Hoffmann 31.
Antiblennorrhoika. Gleitmasse als Vehikel für, 65.

Digitized by Google

Antiblennorrhoikum. Blennaphrosin, ein internes, Herbst 578.
Antiblennorrhoische Seren u. Vakzinen bei Blennorrhöe, Burzi 112.
Antiblennorrhoisches Serum, Dembskaja 596.
Antiformin bei Arsenbestimmung im Harn n. Salvarsaninjektionen, Greifeld 69.
Antigen bei der Wasserm. Reaktion, Desmoulière 117, 239, 240, 520.
— Lezithin als, 240.
Antigenen verschiedener Herkunft. Vergleichende Versuche mit, Heinlein 240.
Antigens f. die Wasserm. Reaktion. Herstellung des, Goss 29.
Antileprol s. Lepra.
Antimeningokokkenserum 177, 577.
Antrittsvorlesung, Legueu 36, 177.
Aortenaneurysma, Eichhorst 538.
Argyl in der Behdlg. d. blennorrh. Urethritis. Argyrol u., de Aja 65, 114.
Argyrol u. Argyl bei Behdlg. der bleun. Urethritis, de Aja 65, 114.
Arnika. Dermatitis nach, Proetor 659.
Aromatische Substanzen zum lokal. Gebrauch. Alkoholische, Galimberti 113.
Arsenbestimmung im Harn nach Salvarsaninjektionen. Antiformin bei, Greifeld 69.
Arsendermatitis. Akute, Muta 409.
Arsenmelanose n. Salvarsaninjektion, Kono 116, Ijiri 116.
Arsenüberempfindlichkeit, Staeubli 631.
Arthigon, Eichhorst 538, ferner 62.
Arthritis bei Tripper, Selenew 201.
— blennorrhoica, Holliday 575.
Aseptauton Duret 435.
Atheromliteratur 380.
Atlas der Hautkrankheiten, Jacobi 487.
Atoxyl und Neosalvarsan. Parasitotrope Wirkung des, Arzt u. Kerl 631.
Atrophia cutis cum hyperkeratosi symm. palm. et plant., Sowade 119.
— maculosa cutis, Jaffe 168.
Atrophie ausgehen. Hautknötchen, die in, Thibierge 434.
*Atrophischen Veränderungen verknüpfte rezid. Dermatitis des Gesichts. Mit, Sutton 245.
Augapfels. Protrusion des 59.
Augenlider. Mißbildung d. Gesichtshaut und, Schnabl 513.
Augenlids. Pathologie der Haut des, Mc Donagh 147.
— s. Favus, Ödem, Xanthelasma.
Azetonextrakte 715.
Azetozone 569.
Azodolen 71.
Bäder bei Psoriasis 152.
Bakteriurie, Palazzoli u. Vacqueret 349.
Balsamika bei Tripper, Ribollet 239.
Bartholinitis (Behdlg.), Colliat 546.
— Behdlg. der, Faivre 677.
Bartholinschen u. Cowperschen Drüsen. Übersehene Funktion der, Smith 42.
Basedow. Pelade und, Sabouraud 671.
Behaarung. Geschlechts- und Rassenunterschiede der, 292.
Beschäftigungsekzeme 377.
Bestrahlungslampe f. Gleich- u. Wechselstrom, Wolff 630.
Bienenstichen. Behdlg. der Lepra mit Salvarsan und, Gaucher u. Boinet 672.
Bilharziakrankheit. Harngrieß bei, Pfister 238.
— Harnröhrenstein bei, Pfister 345.
Blase von der Symphyse. Ablösung der, Süssenguth 464.
— Fremdkörper der, Brin 175.
— Einf. perfor. Geschwür der, Lefèvre 347.
— Karzinom der, O'Neil 489.
— Luftembolie n. Lufteinblasung in die, Nicolich 347.
— Papillom der, Negrete 488.
— Pseudotrichiasis der, Heller 261.
— u. Ureters. Steine der, Vuillet 175.
— von synzytischem Bau. Maligner Tumor der, Blecher u. Martius 674.
— s. auch Harnblase.
Blasenblutungen, J. Fiolle u. P. Fiolle 177.
Blasenexstirpation b. Blasentumor, Nicolich 409.
— wegen maligner Erkrankung, Hagner 467.
Blasenfistel. Therapeutische, Loumeau 676.
Blasengeschwülste bei Arbeitern in Anilinfabriken, Lewin 674.
Blasenhernie. Beiderseitige, Cassanello 347.
— Putzu 467.
Blasenkomplikationen bei Appendizitis. Caillet 489.
Blasenkrebs, Matsumoto 518.
Blasenkrebsen. Bedeutg. der epidermoid. Entwicklg. bei einigen, Bolaffi 489.
Blasennaht bei hohem Steinschnitt an Kindern, Werthern 466.
Blasenschleimhaut bei Abtreibungsversuchen. Verletzungen der, Frank 58.
Blasenspalte. Untere, Houzel 346.
Blasenstein. Cystotomia suprapubica bei, Lower 466.
Blasensteine n. Prostatektomie, Thévenot 348.

Digitized by Google

Blasensteine. Symptome und Diagnose der, Marion 465.
— und direkte Zystoskopie, Ferron 675.
Blasensteinen. Zystoskopie bei, Marion 675.
Blasensteines. Spontane Zertrümmerung eines, Christian 437.
— Urininkontinenz nach spontaner Ausstoßung eines, Babes u. Capitolin 676.
Blasentumor. Blasenexstirpation bei, Nicolich 409.
Blasentumoren. Behdlg. von, Judd 487.
— mit Elektrokoagulation. Hochfrequenzbehandlung der, Kutner 488.
Blasenwand dch. intraabdom. Seidenfadennaht. Spätperforation der, Grandjean 238.
Blastomykose. Diff.-Diagnose zw. Pian, Leishmaniose, Sporotrichose u., Terra u. Araujo 402.
— vortäuschende Sporotrichose, Adamson 458.
— u. Syphilis mit Sporotrichosis. Ähnlichkeit von, Sutton 626.
Blastomykosen u. Sporotrichosen, Rabello 403.
Blattern vortäuschend. Pustulöses Syphilid, Kinby-Smith 712.
— s. Pocken, Variola.
Blennaphrosin, ein int. Antiblennorrhoikum, Herbst 578.
Blennorrhagica s. Keratosis, Osteoperiostitis, Urethritis.
Blennorrhagie. Komplikationen der, Pstrokonski 349.
— Abortivbehdlg. der akuten, Lebreton 437.
— mit Antimeningokokkenserum. Behdlg. der, Salle 577.
— beim Manne u. bei der Frau. Prophylaxe der, Janet 675.
— mit Neosalvarsan. Behdlg. der, Janet u. Lévy-Bing 678.
— s. Blennorrhöe, Gonorrhöe, Tripper.
Blennorrhagien. Behdlg. d. rebellischen, Le Fur 177.
Blennorrhagiebehandlung. Zukunft der, Janet 437.
Blennorrhöe b. Mädchen, Morrow und Bridgeman 66.
— beim Manne. Chronische, Pedersen 572.
— — — Neue Behdlg. der, Müller 66.
— — — Abortive Behdlg. der, Licourt 579.
— beim Weibe. Spezifische Behdlg. der, Fromme 67.
— Behdlg. der, Schindler 65, Franceschini 576, Hinze 579.
— Adamon bei akuter, Treitel 578.
Blennorrhöe, Chokolin bei akuter, Mulzer 66.
— Hexal bei, Boer 406.
— Salizyls. Natron bei Komplikat. der, Covisa 696.
— mit Gonokokkenvakzine. Behdlg. der, Hagen 64.
— Vakzinetherapie und -diagnose der, Guggisberg 65.
— Antiblennorrh. Seren u. Vakzinen bei, Burzi 112.
— des Mannes. Vakzination bei, Müller 576.
— u. Zystitis blennorrh. Zystopurin bei, Walz 66.
— Intradermoreaktion bei, Giorgis 554.
— Komplementablenkungsreaktion bei, Gardner u. Clowes 553.
— usw. Zirkumskripte Indurationen der Corp. cavern. inf., Campana u. Garibaldi 408.
— s. auch Harnröhrenblennorrhöe, Blennorrhagie, Gonorrhöe, Tripper.
Blennorrhoea neonatorum abgenommen? Hat die, Credé u. Hörder 555.
Blennorrhöefälle. Ohne Antiseptikum behandelte, Picker 65.
Blennorrhöekontrolle der Prostituierten. Mikroskop., Güth 36.
Blennorrhöeprophylaxe. Technik d. Credéschen, Weidenbaum 574.
Blennorrhoica s. Arthritis, Epididymitis, Keratosis, Konjunktivitis, Otitis, Perichondritis, Zystitis.
Blennorrhoische s. Gelenkentzündungen, Gonitis, Peritonitis, Prostata, Salpingitis, Talalgie, Urethritis.
Blennorrhoischen Infektion. Diagnose der chronischen, Watson 573.
— — dch. Gonosan. Behdlg. der, Bruni 578.
— Erkrankungen mit Antigonokokkenserum. Behdlg. der, Abdulow 64.
— — Vakzinetherapie der, Gerschun u. Finkelstein 65.
— — Santyl bei, Nitze 578.
— Kindererkrankungen. Bedingungen der, Schiperskaja 596.
Blennorrhoischer Komplikationen. Vakzinotherapie, Papée 64.
— Infektionen. Gonokokkenvakzine zur Diagnose, Eising 64.
Blenolin, Matsumoto 409.
Blutentnahme. Einfache Methode der, Lintz 72.
— Apparat für sterile, Finkelstein 127.
Blutkörperchen bei der Wasserm. Reakt. Durch Formol stabilisierte, Armand-Delille u. Launoy 95.
Botryomykose. Sog. menschliche, Simonelli 514.

Digitized by Google

Boubas brasiliana, Verrotti 516.
Bredasche Krankheit 516.
Brocqsche Krankheit, Callomon 232.
Bromoderma vegetans, Wersilowa 595.
— tuberosum et vegetans, Ehrlich 595.

Canities circumscripta, Dubreuilh 173.
Chancre mixte, Paramonoff 180.
*Chemie der Haut, X, Unna u. Golodetz 1.
Chemismus der Haut 610.
Chloasma 93.
Chlorzink. Fixierung der Gewebe mit, Unna u. Reimann 579.
Chokolin bei akuter Blennorrhöe, Mulzer 66.
Chondroiturie u. fakultative Albuminurie, Pollitzer 498.
Chondrom der Haut. Ossifizierendes, Straßberg 600.
Chromatische Organe in der Haut von Knochenfischen, Ballowitz 579.
Chrysarobin-Teerbäder 696.
Coleysche Flüssigkeit 354.
Copra-Itch, Castellani 236.
— -Skabies, Castellani 375.
— — Milbe der, Hirst 375.
Cornu cutaneum. Seltene Morphol. und Lokalisat. eines, Peyri 111.
*Cornua cutanea in syst. Naevi sebacei, Bergmann 427.
Corpora cavernosa inf. Syphilis, Blennorrhöe, Arteriosklerose und Tuberkulose. Zirkumskripte Indurat. der, Campana u. Garibaldi 408.
Cowperschen Drüsen. Übersehene Funktion der Bartholinschen und, Smith 442.
Cutis anserina. Auftreten der, Koenigsfeld u. Zierl 680.
— marmorata 539.
— verticis gyrata, Racinowski 35, 485, Pasini 514.

Dactylomegalie. Essentielle, David 383.
Danlos. Nekrolog für, Hudelo 322.
Dariersche Krankheit 200.
Darier-Roussysches subkut. Sarkoid 373.
Dermatitis artefacta, Little 673.
— exfoliativa chronica nach Psoriasis, Longo 285.
— herpetiformis 94, Gray 375, Chajes 429, Gaucher, Gougerot u. Meaux Saint-Marc 433.
— lichenoides linearis systematisata, Glawtsche 569.
— nodularis necrotica suppurativa et ulcerosa, Bruck 118.
— papillaris capillitii, Adamson 376.
Dermatitis seborrhoica 91.
— symmetrica dysmennorrhoica, Török 600.
— venenata, Straton 659.
*— des Gesichts. Mit atroph. Veränderg. verknüpfte rezidiv., Sutton 245.
— n. Arnika, Proetor 659.
— Lineare unilaterale, Gavini 679.
— Lichenoide 694.
— s. Primeldermatitis.
Dermatologen. Vereinigung nordwestdeutscher. 4. Tagung 332.
Dermatological Association. 37. Jahresversammlung der American, 128.
Dermatologie. Syphilis und, Terebinsky 461.
— und Syphilisforschung. Schweizerische Gesellschaft für 684.
— Gesichtspunkte beim Studium der. Bosellini 715.
Dermatologiques. Entretiens, Sabouraud 119.
Dermatologische Arbeiten. Das, Radaeli 284.
Dermatologische Gesellschaft in Straßburg i. E. 128.
— — Deutsche, Kongreß 212, 500.
Dermatomykosen. Ätiologie einiger tropischer, Castellani 375.
Dermatoneurosen bei Lungentuberkulose, Aleixo 403.
Dermatosen v. Typus d. Epidermolysis bullosa. Chron. dystrophische, Cappelli 113.
— Zusammenhang zw. Herzkrankheiten und, Wolsh 374.
Dermo-syphilopath. Pathol. u. Therapie. Handbuch der, d'Amato 61.
Desinfektion. Handschuhverletzungen u. Hände-, Ahlfeld 468.
Deutsch-Österreich. Bericht aus, Hoffmann 117.
Diabetes. Zunahme der Mortalität infolge, Wilson 524.
Diabeticorum lymphaticum. Xanthoma pseudo-, Lebedeff 199.
Diabetikern. Pneumaturie bei blasenkranken, Teschemacher 486.
Diagnose. Fall zur, Wersilowa 29, Whitfield 147, Gray 147, Friedmann 198, Stepanowa 198, Little 373, 673, Dore 375, Williams 375, Podwysotzkaja 596.
Diphtherie in Cincinnati, Bell 681.
— bei Masern, Lapeyre 701.
Diphtheriebazillen im Harn, Koch 499.
Diskomykosen 610.
Ductus ejaculatorii. Katheterismus der, Lings 677.
Duhringsche Gruppe 198.

Digitized by Google

Duret. Apparat von, Milian 435.
— Aseptauton, Milian 435.
Dystrophia pigmentaria et papillaris Darier 167, 695.
Dystrophische Dermatosen vom Typus der Epidermolysis bullosa. Chronische, Capelli 113.

Ebagapräparaten. Unsichtbare Salbenbehdlg. mit den, Matzenauer 69.
Eiterprozessen. Epidemieartig gehäuftes Auftreten von, Widmer 153.
Eiweißabbau bei einigen Dermatosen, Neiditsch 598.
Eiweißbestimmung b. Diagnose v. Nierenerkrankungen, Warren 497.
— im Urin. Quantitative, Maiola 497.
Ekchymosenbildung bei Zoster. Spontane, Gaztelu 660.
Ekchymotische Hautreaktion, Barton 655.
Ektopia testis perinealis, Gundermann 489.
Ekzem infolge v. Kopfläusen, Sabella 113.
— der Hautfalten. Pigmentsyphilis mit, Balzer, Belloir u. Lamare 322.
— b. Säugling u. hereditäre Lues, Pied 331.
— n. Behdlg. d. Syphilis mit Hg, Iwanow 379.
— d. Gesichts m. Röntgenstrahlen geheilt. Seborrhoisches, Comas u. Prio 697.
Ekzema 93.
— chronicum. Röntgentherapie bei, Dohi 409.
— — Kankroid infolge, Miyata 603.
— folliculare, Blaschko 318.
— marginatum. Sogen., Nicolau 431.
— pruriginosum u. Lichenisierung, Morris 146.
— recurrens der Hände, Pollitzer 200.
— seborrhoicum u. d. seborrh. Warzen. Anatomie des, Kreibich 403.
Ekzeme 73, 103.
— u. Pyodermien, Cole 601.
— s. Beschäftigungsekzeme.
Ekzems. Ursache des, Johnston 376.
— Äußerer Ursprung des, Knowles 377.
— Ätiologie u. Therapie des, Buba 406.
Ekzemformen m. Chrysarobin-Teerbädern. Behdlg. mancher, Nonell 696.
Ekzemtherapie, Stopford-Taylor 151.
Elastinbildungen bei Lepra, Lombardo 515.
Elefantiasis. Lymphangioplastik bei, Rosanow 179.
— allg.-infekt. Ursprungs, Pigassou 381.
— des Gesichts n. Erysipel, Balzer und Lamare 325.
— Tuberkulöse, Chabé 707.
*Elektrargol. Bhdlg. gon. Komplikationen, spez. der Epididym. gon. mit, Fürth 689.
Elektrischer Kauterisation auf Neubildungen. Wirkung, Squier 330.
Elektrizität bei Warzen, Nahan 355.
Elektrokoagulation 488.
Elektrothermische Bougies z. Bhdlg. von Harnröhrenstrikturen, Kobelt 444.
Endoskopische Behdlg. einer chronischen inkrustierenden Zystitis, Martin 465.
Endovesikaler Tumoren m. Hochfrequenzströmen. Behdlg., Bertolotti und Ferria 488.
Enuresis nocturna gastro-hepatischen Ursprungs, Collin 346.
— — Behdlg. der, Klotz 412.
— — Einfluß von Tetrodotoxin auf die Miktion und, Inouye 603.
Epidermispilzen. Ausstrichkulturen beim Studium von, Aoki 116.
Epidermoide seltener Lokalisation, Simon 381.
Epidermolysis bullosa. Chron. dystroph. Dermatosen vom Typus der, Cappelli 113.
*— — hereditaria. Skabies bei, Wagner 453.
— — Zungenkrebs bei, Klausner 599.
— — Labernadie 660.
Epidermophytie. Inokulation venerischer Geschwüre auf inguinale, de Napoli 284.
Epidermophyton inguinale 431.
— plicarum 431.
Epididymektomie. Vaso- 387.
Epididymitis. Pathogenese u. Therapie d. gonnorrh., Schindler 406 (bis), 513.
— blennorrhoica. Chirurg. Behdlg. der, Chossut-Perret 579.
*— gonorrhoica mit Elektrargol. Behdlg. der, Fürth 689.
— parotidea bei einem Säugling. Orchitis et, Manasse 491.
Epiphaninreaktion 243.
Epitheliom des Nierenbeckens. Papilläres, Picot 38.
— Seborrhöe d. Unterlippe und, Montgomery 459.
— Wahrscheinliche Mykose d. Zunge m. wahrscheinl. sek., Brocq, Lévy und Pautrier 169.
— d. Vögel. Kontagiöses, Mariani 355.
— s. Haut-, Lippenepitheliom.
Epitheliomatöser Tumor am Fuße, Little 375.
Epitheliomatosis solaris, Sequeira 146.
Epitheliombehandlung mit Kupfersalzen, Strauß 352.
Epithelzysten. Entstehung d. traumat., Hesse 380.

Digitized by Google

Erysipel. Elefantiasis d. Gesichts nach, Balzer u. Lamare 325.
— gebessert. Pemphigus vegetans dch., Brocq, Fernet u. Françon 432.
— s. auch Rose.
Erysipels. Bhdlg. des, Wernic 35, 485.
— m. Jodtinktur. Bhdlg. des, Binet 179.
Erythem. Infiltriertes, Schmitt und Hans 433.
— od. Erythema nodosum. Polymorphes, Widal 679.
Erythema exsudativum multiforme vegetans, Herxheimer u. Schmidt 600.
— — — Psychosen bei, Bochat 652.
— induratum, Blumenthal 86.
— — m. Tuberkulose, Weber 673.
— Iris dch. Jodkali hervorgerufen (?), Bauch 673.
— multiforme (?), Little 145.
— — m. ungewöhnl. Erscheinungen, Little 375.
— — Diskussion über, Adamson 376.
— nodosum. Polymorphes Erythem oder, Widal 679.
— — u. Meningitis tuberculosa, Sezary 679.
— — Rheumatismus und Tuberkulose, Martinotti 679.
Erytheme n. Einspritzg. v. antidipht. Serum. Scharlachähnliche, Robert 652.
— b. Typhus, Gandolii 652.
Erythems. Grenzen d. polymorph. Hebraschen, Brac 660.
Erythrodermie. Ichthyosiforme, symmetr., zirkumskr., progressive, Brocq, Fernet u. Delort 322.
Erythrodermien. Klassifikation der, Sutton 694.
Erythrokeratodermie. Verruköse, 322.
Eunuchoidismus, Onuf 59, 147.
Extragenitales vener. Geschwür, Gravagna 112.
— u. perigenit. vener. Geschwüre, de Napoli 284.

Favus am ob. u. unt. Augenlid, Hoffmann 468.
— am Körper, Gukewitsch 569.
Fibrolysin. Intoxikation m., Santina 69.
— Bhdlg. mit, Raices 178.
Fibrom der Eichel, Desgouttes 442.
Fibroma cutis multiplex, Stojanowski 379.
Fibromatose. Multiple, 442.
Finger s. Schanker.
Fisteln. Urethrorektale, 37.
— s. Urethralfisteln.
Fleckfieber b. Kindern in Moskau, Molodenkoff 703.
— s. auch Flecktyphus, Typhus exanthem.
Flecktyphus in Astrachan, Klodnitzky 702.
— Komplementbindung bei, Rabinowitsch 703.
— s. auch Fleckfieber, Typhus exanthem.
Flüssige Luft. Klin. Erfolge mit, Beebe 59.
Folliculitis atrophicans d. unbehaarten Teile, Truffi 515.
Framboësia b. Kaninchen Lokalbhdlg. d. generalisierten, Castelli 69.
— tropica. Exper. u. chemotherap. Versuche bei, Castelli 154.
Fremdkörper s. Blase, Harnblasenerkrankung.
Freund-Kaminerschen Reaktion. Verwertbarkeit der, Arzt u. Kerl 330.
Funikulitis. Eitrige, Schumacher 491.
Furunkel 93.
Furunkulose s. Pseudofurunkulose.
Fuß s. Epitheliomatös.
Fußsohlen s. Keratose.

Gefäßwand. Chemismus der entzündl., Kreibich 233.
Geistesschwachen und Geisteskranken. Staatl. Versorgung d., Norburg 580.
Gelenkentzündungen. Gonokokkenvakzine bei blennorrh., Farkas 62.
Gelenkkomplikationen der Masern, Crèmieu u. Lacassagne 701.
Genitalien s. Ödem.
Genitalplastik b. Manne, Bonamy u. Dartigues 411.
Genitaltuberkulose. Chirurg. Bhdlg. der, Lambron 387.
Geschlechtsdrüsen bei Geisteskranken. Männliche, Todde 384.
Geschlechtskranke Hoch- und Mittelschüler. Ambulatorium für, 636.
Geschlechtskranken. Heiratskonsens bei, Brodfeld 716.
Geschlechtskrankheiten. Repet. der Haut- und, Kromayer 61.
— als gesetzl. Grund z. Lösung der Verlobungen und Trennung der Ehen, Heller 331.
— Kampf gegen die, Hübner 521.
— Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfg. der, 524, 580.
— Bierhoff 608.
— im Heere usw., Urbach 608.
Geschlechtsorgane. Innervierg. der männlichen, Müller u. Dahl 384.
— Tuberkulose d. Harn u. männl., 386.
— Hautkrankheiten und, Pollitzer 624.
Geschlechtsverkehr. Ärztlicher Rat z. illegitimen, Wilhelm 410.
Geschwülste. Radiumtherapie d. bösartigen, Dohi u. Mine 116.

Digitized by Google

Geschwülste. Nasofaziale, 147.
— Umwandlg. v. Pockennarben in, Heller 430.
— s. Hodengeschwülste, Neubildungen, Tumoren.
Geschwülsten. Radium und Mesothorium bei, Sticker 629.
Geschwulstätiologie. Akari und, Saul 330.
Geschwür d. Blase. Einf. perforierendes, Lefèvre 347.
— am Penis u. After, Perkel 569.
— Bhdlg. der trägen, nekrotischen, Mandl 706.
— s. Ätz-, Pendinsches, Phagedänisches, Tuberkulöses, Variköses, Venerisches Geschwür.
Geschwürsformen. Klinik u. Ätiologie einiger am weibl. Genitale auftretender, Scherber 321.
Gesicht s. Dermatitis, Ekzem, Ödem.
Gesichtsfurchen usw., Hollis 626.
Gesichtshaut u. Augenlider. Mißbildung der, Schnabel 513.
Gesichtsverzerrung. Dch. Gemütserregungen bedingte, Hollis 626.
Gewerbekrankheiten. Nat. ital. Kongreß für, 468.
Gewerbliche Hautverätzungen 658.
— Hautkrankheiten a. d. Hand, Hue 659.
— Hauterkrankungen, Fordyce 659.
Glasfehler 555.
Glutäalgegend s. Peritheliomartig.
Gomenol s. Zystitiden.
Gonaromat „Täschner", Witte 578.
Gonitis. Blennorrhoische, Tamássy 63.
Gonokokken b. Mann u. Frau. Normale Entwicklung der, Janet 38.
— vernichtendes Mittel, Dufaux 259.
— Einwirkg. von gallensauren Salzen auf, Hofmann 554.
Gonokokkeninfektion. Komplementbindungsreaktion b. der Diagnose der, Schwartz u. McNeil 573.
Gonokokkensepsis mit Endokarditis, Huebschmann 574.
Gonokokkenseptikämie. Tödlicher Fall von, Rueck 574.
Gonokokkenserum. Bhdlg. d. blennorrh. Erkrankgn. m. Anti-, Abdulow 64.
— Berner, Eichhorst 538.
Gonokokkenvakzine bei blennorrh. Gelenkentzdgn., Farkas 62.
— Bhdlg. der Blennorrhöe mit, Hagen 64.
— z. Diagnose blennorrh. Infektionen, Eising 64.
— als diagnost. Hilfsmittel, Lederer 64, Ziemann 65.
Gonokokken-Vakzinetherapie. Michaelissche, Kallòs 578.
*Gonorrhöe eines akzess. Ganges am Penis. Isolierte primäre, Lenartowicz 97.
— s. auch Blennorrhagie, Blennorrhöe, Tripper.
Gonorrhoisch s. Epididymitis.
*Gonorrhoischer Allgemeinerkrankg. Pustulös-hyperkeratot. Exanthem bei, Sobotka 181.
*— Komplikationen mit Elektrargol. Bhdlg., Fürth 689.
Gonosan. Bhdlg. d. blennorrh. Infektion dch., Bruni 578.
Gramfarbstoff n. Klausner 444.
*Granoplasma, Unna u. Golodetz 1.
Granuloma inguinale tropicum, Choyce u. MacCormac 673.
— multiplex benignum, Wolfheim 119.
— nodulare et confluens, Nobl 118.
Grauwerden. Plötzliches, Vasquez 114.

Haar u. seine Bildungsstätte b. den Rassen des Menschen. Das Haupt-, Fritsch 296, 319.
Haare. Entwicklung, Bau u. Entstehg. der, 295.
— n. Trauma. Teilweises Ergrauen der, Fischer 513.
Haaranomalien 292.
Haarausfalles. Ursachen des, Lagarde 383.
Haarkleid d. Menschen. Dauer-, 288.
Haarparasiten 292.
Haarwanderung im menschlichen Körper, Pick 169.
Haarwechsels. Anomalie des, Hochstetter 597.
Hämatoporphyrinurie. Familiäre, Barker u. Estes 544.
Hämaturien. Essentielle, Courchet 545.
Hämoglobinurie. Paroxysmale, Moss 543.
— Pathogenese der paroxysmalen, Gilbert, Chabrol u. Bénard 544.
— Klin. u. serolog. Untersuchgn. der paroxysmalen, Matsuo 544.
— Marsch-, Jehle 544.
Hämophilie s. Pseudohämophilie.
Hämorrhoiden. Therapie der, Schlesinger 382.
Hände s. Ekzema, Nekrose, gewerbliche Hautkrankheiten.
Halbweicher Instrumente. Aufbewahrung u. Sterilisation, Hagen 261.
Handteller s. Lichen.
Harn. Diphteriebazillen im, Koch 499.
— s. auch Urin.
Harnanalyse, Bergell 499.
Harnapparates bei gravid. retroflekt. Uterus. Zufälle von seiten des, Guldjoglou 176.

Digitized by Google

Harnazidität u. Albuminurie, Noorden 543.
Harnblase m. Hochfrequenz. Bhdlg. d. Papillome der, Beer 260, 488.
— Sarzinen i. d. menschlichen, Müller u. Willich 464.
— dch. das Zökum. Ersatz d. exstirpierten, Lengemann 487.
— Zysten der, Hottinger 518.
— b. Zystitis. Polypenbildung a. Orif. urethrae der, Hertle 545.
— s. auch Blase.
Harnblasenbrüche, Finsterer 467.
Harnblasenerkrankungen bei kleinen Mädchen dch. bisher nicht beobachtete Fremdkörper, Abels 465.
Harnblasenruptur. Urinintoxikation bei intraperitonealer, Oehlecker 467.
Harngrieß b. Bilharziakrankheit, Pfister 238.
Harnleiterbehandlung bei Nierentuberkulose 61.
Harnleitersteine m. Ölinjektionen. Bhdlg. der, Reynolds 495.
Harnorgane. Tuberkulose d. männl. Geschlechts- u. der, 386.
Harnröhre. Angeborene Stenosen d. P. post. der, Heinecke 261.
— eingekl. Stein. Urinretention dch. einen i. der, Fabre 350.
— Innere od. äußere Urethrotomie bei engen Strikturen der, Bucklin 464.
— Polypen d. hinteren, Pereschiwkin 597.
Harnröhrenblennorrhöe. Okklusiv-Spüldilatatoren z. Bhdlg. d. hinteren, Heinrich 63.
Harnröhrendefekten mit Thierschscher Transplantation. Deckung von, Müller 464.
Harnröhrendivertikel, Deus 258.
Harnröhrendränage z. Bhdlg. chron. Urethritis, Persson 443.
Harnröhrenerkrankungen, Roucayrol 485.
Harnröhrenstein bei Bilharziakrankheit, Pfister 345.
Harnröhrenstriktur. Kongenitale, Loumeau 39.
— b. d. Frau, Stoicesco 348.
Harnröhrenstrikturen. Elektrotherm. Bougies z. Bhdlg. von, Kobelt 444.
— Bhdlg. der, Laborderie 444.
— Bhdlg. v. nicht traumatischen, Legueu 463.
Harnstoffausscheidungskonstante, Ambard 499.
Harntoxizität und Masern, Mautner 700.
Harnwege in alten Zeiten. Chirurgie der, Martin 147.
Harnwege. Tuberkulin bei Tuberkulose der, Bartrina 348.
— b. Tuberkulose. Inkontinenz der, Chichmaniau 387.
Haut in Beziehg. z. Leber- u. Nierenerkrankgn. Krankheiten der, Bulkley 93.
— Mißbildungen der, Bettmann 522.
— b. verschied. Ernährg. u. Vergiftungen. Veränderungen des Chemismus der, Luithlen 610.
— Verteilg. der pathogenen Keime in der, Noguchi 611.
— s. Gesichtshaut.
Hautdesinfektion 611.
*Hautentzündungen. Bakt. Untersuchgn. bei verschied., Ehrlich 73, 103.
Hautepidermistransplantation v. Ollier-Thiersch, Hérail 631.
Hautepitheliom mit Radium geheilt, Sierra 115.
Hautepitheliome. Klinik und Histopathologie der gutartigen, Friboes 603.
Hautepithelioms mit Radiotherapie. Behandlung des, Ehrmann 322.
Hautepitheliomarten. Diff.-diagn. der einzelnen, Peyri 408.
Hautklinik von Prof. Nicolas, Meschtscherski 461.
— in Tübingen 468.
Hautkranken. Magensaft bei, Yamada u. Inouye 116.
Hautkrankheiten. Repet. der Geschlechts- und, Kromayer 61.
— u. Syphilide. Atlas der, Ehrmann 410.
— in Vorschulen u. Schulen. Ansteckende, Bowen 155.
— i. d. Schulen von Pavia, Ciuffo u. Ossola 516.
— d. Araber, Gabbi u. Sabella 388.
— u. Geschlechtsorgane, Pollitzer 624.
*— in Kurorten. Bhdlg. von, Goldstein 368.
— Diät u. Hygiene bei, Bulkley 69.
— s. Radium- und Mesothoriumbehdlg.
Hautlappen auf Fingerdefekte. Übertragung gestielter, Sievers 155.
Hautleiomyom. Multiples, Engel 285.
Hautmetastasen bei Karzinom innerer Organe, Kaufmann-Wolf 404.
Hautpigment, Msareulow 461.
Hautreaktion. Ekchymotische, Barton 655.
Hautsarkomatose dch. Thorium X. Heilung von, Herxheimer 354.
Hauttalgsekretion. Exper. u. klin. Btrge. z. Frage der, Kuznitzky 404.
Hauttransplantation. Neue Methode der, Calot 631.

Digitized by Google

*Hauttuberkulose. Ätiologie der, Rupp 129.
— b. intakt. Luftwegen. Multiple Knochen- u., Hallopeau u. François-Dainville 672.
— Prognose u. Therapie der, Jungmann 706.
Hautverätzungen. Gewerbliche, Paschkis 658.
Hautwassersucht 681.
Hautzirkulation. Einwirkg. der Kälte a. die, Hallion 610.
Headsche Zonen u. Nierenerkrankungen. Herpes zoster, Minerbi 660.
Heiratskonsens bei Geschlechtskranken, Brodfeld 716.
Heiße Luft geheilt. Lupus nodularis non exedens dch., Ravaut 433.
Hemispora stellata 435.
Hemisporose. Fall von, Balzer u. Belloir 435.
Hemisporosis cutis, Schramek u. Weidenfeld 119.
Hepatoxin nach Hori, Yoshida 518.
Hermaphroditismus. Sexus anceps oder, Kermauner 384.
Herpes zoster. Verlauf des Virus des, Montgomery 540.
— — im Wochenbett, Kunz 660.
— — Headsche Zonen u. Nierenerkrankungen, Minerbi 660.
— — Tuberkulose und, Bornardeau 660.
— — u. Varizellen, Heim 702.
— — s. a. Zoster.
Herzkrankheiten u. Dermatosen. Zusammenhang zwischen, Wolsh 374.
Hexal, Kowanitz 636.
— s. Blennorrhöe.
*Hidradenoma eruptivum. Bhdlg. mit Röntgenstrahlen, Hodara 421.
*Hidrocystoma tuberosum multiplex. Erfolgreiche Bhdlg. des, Joseph und Siebert 425.
Hochfrequenzbehandlung der Blasentumoren m. Elektrokoagulation, Kutner 488.
Hochfrequenzstrom. Bhdlg. d. Papillome d. Harnblase mit, Beer 260, 488.
Hochfrequenzströmen. Bhdlg. endovesikaler Tumoren mit, Bertolotti u. Ferria 488.
Hoden. Respektieren wir das Zylinderepithel d. Urethra uns. Kranken und ihre, Janet 176.
Hodens. Bösartige einf. Geschwülste des, Vecchi 259.
— Krebs des verlagerten, Folacci 490.
— Radikaloperation bei maligner Erkrankung des, Pringle 490.
Hoden- u. Samenstrangs. Inguinaler Weg bei Operat. der Hüllen des, Phocas 176.
— Resektion des, Barnabo 490.
Hodenektopie ohne Orthopexie. Bhdlg. d. inguinalen, d'Halluin 492.
Hodenkrebses. Behandlung des, Mascarenhas 492.
Hodenretention. Bhdlg. der, Uffreduzzi 258.
Hörstörungen s. Salvarsan IV.
Hydatidenzyste der Niere, Diamantis 437.
— die sich in den Darm öffnete, Nicolich 175.
Hydronephrose v. 30 Litern, Mosny, Javal u. Dumont 346.
Hygiene und Rechtsprechg., Blaschko 148.
Hygienische Vorträge vor Fortbildungsschülern, Münch 36.
*Hyperkeratose. Generalisierte, kongenitale, Brault 144.
Hyperkeratosis punctata et striata cuniculiformis, Vignolo-Lutati 516.
Hyphomyzeten und Pathologie der Tropen, Castellani 612.
*Hypothyreoidismus, Saenger 357.

Ichthyolkollodium. Bhdlg. der Rose mit, Oksenow 60.
Ichthyose irritable Besnier? Pityriasis rubra Hebra incipiens oder, Megowozian 569.
Ichthyosis, Morris 146.
— Spätentstandene, Morris u. Dore 146.
— Familiäre, Tommasi 285.
Immunisierung gegen Pneumo- u. Streptokokken 541.
Immunität durch Variolaserum 705.
Immunitätsforschung. Infektionskrankheiten und, Brauer 571.
Immunkörperbildg. u. Salvarsan, Boehncke 626.
Impetigo herpetiformis gravidarum, de Amicis 285.
Impfung s. Schutzpockenimpfung.
Impfpocken. Blutbild bei Pocken und, Erlenmeyer 704.
Impfpusteln. Verspätete Abheilung der, Meder 705.
Impotenz b. Mann. Ursachen der Sterilität und, Belfield 489.
Indikanurie u. Chlorsalze, Warbrick 524.
Infektionskrankheiten und Immunitätsforschung, Brauer 571.
— Übertragung von, Doty 680.
Infektionsvakzinen bei Hautinfektionen. Gemischte, Burke 650.
Inkontinenz 387.

Digitized by Google

Intradermoreaktion b. Blennorrhöe, Giorgis 554.
Ionisationsbehandlung des Trippers, Mac Munn 63.
Isolysine 544.

Joddämpfe i. d. Urologie, Reynès 349.
Joddämpfen. Bhdlg. der Zystitis mit, Farnarier 176.
Jodipindarreichung, Hoefler 513.
Jodkaliumausschlag (?), Gray 145.
— hervorgerufen (?). Erythema Iris durch, Bauch 673.
Jodquecksilberverbindungen im Organismus, Koch 71.
Jodresorption von Jodsalben, Elin 625.
Jodsalben. Jodresorption von, Elin 625.
Jodtinktur. Behandlg. d. Erysipels mit, Binet 179.
— Bhdlg. d. Variola mit, Newell 704.
Joha, Lindenheim 149.

Kála-Azar, Patton 607.
— Exp. Tatsachen i. bezug auf, Row 607.
Kalkablagerungen und Sklerodaktylie b. Raynauds Disease, Davis 147.
Kaninchen. Wasserm. Reakt. bei nicht syphilitischen, 240.
— Intraperitoneale Impfung von Lepraemulsion bei, Verrotti 515.
— Einfluß der Radiumemanation auf die Genitalorgane von, Fellner u. Neumann 545.
Kaninchens b. Zufuhr v. oxals. Natrium. Mineralstoffwechsel eines mit Hafer ernährten, Luithlen 610.
Kankroid d. Haut b. e. Kinde. Multiples, primäres, Hutchinson 540.
— inf. Ekzema chronicum., Miyata 603.
Karboneol, Herxheimer 111.
Karbunkel 93.
Karzinom der Blase, O'Neil 489.
— innerer Organe. Hautmetastasen bei, Kaufmann-Wolf 404.
— s. Adeno-, Nävo-, Urethralkarzinom, Krebs.
Karzinoms d. inn. Organe. Bestimmung d. Kolloidalstickstoffs z. Diagn. des, Semenow 116.
Katheterismus. Zum aseptischen, Czablewski 443.
— d. Duct. ejaculatorii, Luys 677.
Kehlkopf (Larynx) s. Leprösen, Lupus.
Keloide an den Ohren, Mac Leod 147.
Keloiden. Disseminiertes Xanthom mit sekundären, Legendre, Joltrain u. Lévy-Franckel 381.
Keloids. Radiumbehandlung d. Narben-, Sierra 57.
Keloidakne s. Akne.
Keratose d. Fußsohlen b. Tripper, Selenew 201.
Keratosis blennorrhagica, Brault 436. Roark 576.
— — disseminata, Gougerot u. Meaux Saint-Marc 117.
— follicularis, Mook 200.
Knochensystems. Dystrophie des, Schiperskaja 29.
Kohlensäure z. Bhdlg. v. Erkrankungen d. Haut. Gewinnung fester, Heusner 630.
Kohlensäurereaktionen 73, 103.
Kohlensäureschnee in der Dermatologie. Le Bris 631, Golner 631.
Kollikulushypertrophie. Reflekt. Folgezustände der, Orlowski 258.
Komplement im Humor aqueus, Grignolo 241.
Komplementablenkung bei Cholera, Gioseffi 202.
Komplementablenkungsreaktion b. Blennorrhöe, Gardner u. Clowes 553.
Komplementbindung b. Flecktyphus, Rabinowitsch 703.
Komplementbindungsreaktion b. d. Diagn. d. Gonokokkeninfektion, Schwartz u. Mc Neil 573.
Komplementgehalt des Blutes Lepröser, Spindler 234.
*Kondylome. Über die Sensibilität der spitzen, Fontana 17.
— Ätiologie u. Pathogenese d. spitzen, Cronquist 462.
Kongreß. XVII. intern. mediz., 128.
— der Deutschen Röntgen-Gesellschaft. IX., 356.
— der Deutschen dermatol. Gesellschaft 212, 500.
— Pellagrologischer, 580.
— der Ital. Gesellschaft f. Radiologie 612.
— der Deutschen Gesellsch. f. Urologie. IV., 40.
Konjunktivitis blennorrhoica metastatica. Hoffmann 468.
Kopfes. Naevocarzinoma des behaarten. Lilley 199.
Kopfhaut. Pilzerkrankg. d., Chajes 87.
— s. Extragenitale Syphilis (Syph. I A.).
Kopfläusen. Ekzem inf. v., Sabella 113.
Kosmetik, 328, Eichhoff 605.
— für Kinder, Meachen 59.
*Krätze. Sulfidal zur Behandlung der. Winkler 333.
— Krusten-, Beatty 457.
— Norwegische, 457, s. a. Skabies.
Kraurosis vulvae, Guay 383.
Krebs der Haut. Metastatischer, Askanazy 352.

Digitized by Google

Krebs des Hautnervenapparates 352.
— des verlagerten Hodens, Folacci 490.
— Frühz. Operation bei, Bilhaut 677.
— s. Blasen-, Hoden-, Prostata-, Zungenkrebs, Karzinom.
Krebsätiologie u. -prophylaxe. Intestinalstauung und, Bainbridge 330.
Krebsbehandlung mit medikam. Mitteln, Staudenmayer 352.
Krebsprophylaxe u. -ätiologie. Intestinalstauung und, Bainbridge 330.
Kryptorchismus, Schöppler 489.
*Kutisdefekte. Z. Kenntnis d. kongenit., Weintraub 389.

Lebererkrankungen. Krankheiten d. Haut in Bez. z. Nieren- und, Bulkley 93.
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Jessner 328, Finger 522.
Leishmania infantum a. Mäuse u. Ratten. Übertragung von künstl. Kulturen von, Bayon 607.
Leishmaniose der Haut in Catania und Caltanisetta, Pulvirenti 179.
—, Sporotrichose u. Blastomykose. Diff.-Diagn. zw. Pian, Terra u. Araujo 402.
— Übertragung der, Fantham 607.
Lepra, Currie u. Glegg 552, Bonnet 553.
— Anatomische Diagnose der, Rivas 147.
— Elastinbildungen bei, Lombardo 515.
— Ulzeröse, gangrän. u. phagedän. Herde bei, Brocq, Fernet u. Delort 432.
— an selten betroff. Stellen. Tuberöse, Krikliwi 461.
— Nasenerkrankung bei, Hollmann 553.
— Viszerale, Sugai 546.
— Topographie d. sensiblen Nervenstörgn. bei Nerven-, Todde 547.
— isol. Organismen. Aus den Läsionen menschl., Duval 548.
— Kontagiosität der, Pattison 553.
— Vererblichkeit der, Sugai u. Monobe 553.
— Histolog. Untersuchung der Ratten-, Mitsuda 116.
— Ratten-, Ishiwara 550.
— bei Ratten, Currie 550, Marghoux u. Sorel 550.
— in Sardinien, Colombini u. Serra 178, Serra 178.
— u. i. Prophylaxe in Spanien, Albi 697.
— Behandlung der, Petrini 552.
— Neues Injektionspräparat gegen, Brocq u. Pomaret 433, Jeanselme 671.
— Antileprol bei, Serra 285.
— m. Nastin. Bhdlg. d., Schumacher 244, Rudolph 402, Deyke 551.
Lepra. Salvarsan bei, Wellmann 551.
— m. Salvarsan n. Bienenstichen. Bhdlg. der, Gaucher u. Boinet 672.
— Salvarsan u. Wasserm. Reaktion bei, Peyri 696.
— Tuberkulinbhdlg. bei, Yamamoto 115.
— anaesthetica, Alexander 547.
— maculo-anaesthetica, Gallemaerts 547.
— nervosa, Beurmann und Labourdette 547.
— tuberculosa, Beurmann, Ramond u. Larroque 552.
Leprabazillen in der Haut nachzuweisen. Methode, Paldrock 405.
— m. Bakteriolyse. Differenzierung von, Kraus, Hofer und Ishiwara 548.
— Untersuchung der Jakutenspeise auf, Paldrock 549.
— im zirkulierenden Blut der Leprösen, Rabinowitsch 550.
— in der Milch v. Leprakranken, Sugai und Monobe 550.
— bei Kaltblütern, Couret 551.
— in der Plazenta. Tuberkel- und, Sugai und Monobe 602.
*Leprabazillenbefund in den Fäzes bei an lepr. Schleimhautveränderngn. d. Kehlkopfs leidenden Patienten. Positiver, Merian 269.
Lepraemulsion bei Kaninchen. Intraperit. Impfung von, Verrotti 515.
Leprakranker. Histol. Befunde in der Plazenta Tuberkulose- und, Sugai u. Monobe 547.
Leprakulturen, Bayon 549, Machow 549.
Lepraproblem, Marchoux 548.
Leprösem Gewebe. Spezif. Reaktion m. Extrakt aus, Murata 116.
*Leprösen Schleimhautveränderungen des Kehlkopfs leidenden Patienten. Posit. Leprabazillenbefund bei an, Merian 269.
— Obere Luftwege bei, Cohn 546.
Lepröser. Komplementgehalt u. Wasserm. Reakt. des Blutes, Spindler 234.
Leukämie usw. und ihre Hautmanifestationen, Umbert 408.
Leukämischen Zuständen. Manifest. der Haut bei, 32, 33, 326.
Leukoplakia vulvae, Bitchounsky 546.
Leukoplakie des Nierenbeckens, Lecène 436.
— ohne Syphilis, Queyrat u. Bouttier 545.
Leukoplast, Frank 631.
Leukozyten im Eiter. Neutrophile, Selenew 462.
Leukozyteneinschlüsse. Diagnostische Bedeutung der Döhleschen, Belák 700.
— bei Scharlach. Döhlesche 693, 700.

Digitized by Google

Lichen corneus, Schafir 198.
— nitidus, Bachrach 456.
— palmaris unilat, Morosoff 29.
— planus diffusus, v. vesikobull. Affekt. gefolgt, m. autogener Vakzine geheilt, Hutchins 91.
— — der Handteller, Sequeira 374.
— — hypertrophicus, Little 673.
— simplex chronicus faciei 320.
— — — Röntgentherapie bei, Dohi 409.
— variegatus, Lewtschenko 462.
*— — Klinik u. Histologie des, Lewtschenkow 501, 528.
Lichenisierung. Zirkumskripte, Dore 145.
— Ekzema pruriginosum u., Morris 146.
Lichtes. Exp. Studien über die Wirkg. des, Bering u. Meyer 627.
Lichtreaktionen 73, 103.
Lippenepitheliom, Pusey 458.
Litholapaxieoperation. Gegenwärt. Stand der, Cabot 466.
Lithotripsie oder Lithotomie? Feiber 466.
Lithotomie? Lithotripsie oder, Feiber 466.
— Geschichte der, Kahn 466.
Livedo annularis 539.
— — b. e. Kranken m. blennorrh. Talalgie, Balzer u. Landesmann 672.
— furgurata 539.
— reticulata 539.
Luft s. Flüssige.
Luftembolie 347.
Luftwege s. Leprösen.
Lumbalanästhesie. Temperatur n. perinealer Operation unter, Keyes u. Mac Kenzie 412.
Lupanare v. J. 1809. Innere Organis. der, Giedroyc 36.
Lupus. Bedeutung der Pathogenese für die Therapie des, Engel 516.
— nicht behandeln? Wie soll man den, Jungmann 708.
— d. Larynx, Collet 709.
— nach Masern, Chagnaud 709.
— erythematosus disseminatus. Histolog. Untersuchungen des, Maki 602.
— nodularis non exedens durch heiße Luft geheilt, Ravaut 433.
— pernio 174.
*— vulgaris. Ätiologie des, Rupp 129.
— — n. Masern. Multipler, Mac Leod 374.
— — n. Herxheimer-Altmann. Bhdlg. d., Bernhardt 34, 484.
— — Tuberkulin bei, Krüger 710.
Lupusheilstätte in Gießen 580.
Lymphadenie usw. und ihre Hautmanifestationen, Umbert 408.
Lymphdrüsenschwellung vermehren können. Umstände, welche die, Campana und Galimberti 408.
Lymphgefäßnetzes u. Toxidermien. Alterationen des, Audrain 323.
Lymphodermien. Myelo- und, Nanta 32, 33, 326.
Lymphomatose. Syphilis u., Nanta 671.

Mais s. a. Pellagra.
Malleininjektionen geheilt. Rotz m., Peyri 115.
Malleus acutus, Low 118.
Malum perforans buccale, Béal 383.
— — — tabischer Natur, Balzer, Beloir u. Tarneaud 672.
— — im Munde, Chaupret u. Izard 672.
— — durch Zinkperhydrol. Heilg. eines, Müller 680.
Marshallinseln. Besuch versch. Atolle der, Braunert 268.
Masern in Cincinnati, Bell 681.
— Diphtherie bei, Lapeyre 701.
— Gelenkkomplikationen der, Crèmieu und Lacassagne 701.
— Harntoxizität und, Mautner 700.
— Multipler Lupus vulgaris nach, Mac Leod 374.
— Lupus nach, Chagnaud 709.
— Nephritis und, Maisons 701.
— Scharlachartige, Morgan 700.
— Scharlach-, Blackett 700.
Mastisol in der Wundbhdlg., Suter 70.
*Mastixlösung in der Dermatotherapie, Hammer 581.
Medizinal-Kalender, Schlegtendal 60.
Meiostagminreaktion 243.
— bei Pellagrösen, Alvisi 655.
Meningitis tuberculosa. Erythema nodosum und, Sezary 679.
— Tuberkulöse, Campana 407.
Mercurialis „fruste", Stomatitis, Herpes 331.
Merkblatt der schlesisch. Ärztekammer, Bloch 486.
Merkblätter d. D. G. B. G., Salomon 148.
Merkuriellen Kolitis u. Stomatitis. Pathogenese der, Almkvist 30.
Mesothorium bei Geschwülsten. Radium und, Sticker 629.
— Radiumersatzpräparat, Wichmann 630.
Mesothoriumbehandlung bei Hautkrankheiten. Radium- und, Saalfeld 629.
Mikrochemische Erforschung eiweißartiger Zellbestandteile 1.
Mikromykosen 610.
Mikrosiphonosen 610.
Mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie, Ledermann und Bendix 405.

Digitized by Google

Miktion u. Enuresis nocturna. Einfluß v. Tetrodotoxin a. die, Inouye 603.
Milzbrand d. Menschen. Äußerer, Heinemann 154.
Miniaturscheinwerfer, Wolff 388.
Mißbildungen 513, 522.
Molluscum contagiosum, Ledo 114.
— — Ätiologie des, Kreibich 233, Prowazek 379.
— — Ätiologie u. Pathogenese d., Mariani 355.
— fibrosum, Friedmann 198.
— pendulum. Generalisiertes, Fontoynont 32.
Molyform, Lampe und Klose 649.
Mongolenfleck, Testard 382.
Morphea alba, Balzer und Lamare 171.
Mundhöhle s. Spirochätenerkrankungen, Malum perforans.
Muskelatrophie bei Tripper, Selenew 201.
Muskelrheumatismus bei Tripper, Selenew 201.
Myelodermien. Lympho- und, Nanta 32, 33, 326.
Myiasis linearis, Machado 403.
Mykose d. Zunge m. wahrscheinl. sek. Epitheliom. Wahrscheinliche, Brocq, Lévy und Pautrier 169.
Mokosis fungoides, Ragusin 178, Winkler 180, Trýb 232, Verrotti 515.
— — mit sek. sarkomat. Degeneration, Pautrier, Belot, Fernet u. Delort 435.
— — d'emblée, Pernet 147.
Mykotischen Ursprungs. Ulzeröse, veget. Läsion des Fußes, wahrsch., Brocq, Pautrier und May 435.
Myome der Kutis und Subkutis, Sobotka 599.
Myxödems. Forme fruste des, 357.

Nässender Dermatosen. Trockenbehandlg. gewisser, White 199.
Naevocarzinoma des behaarten Kopfes. Lilley 199.
*Naevi sebacei. Cornua cutanea in, Bergmann 427.
Naevus unius lateris der Haut u. Schleimhaut, Sequeira 146.
Nävus. Organischer, Whitfield 146.
— s. Pigmentnävus.
Narben. Eingesunkene, 57.
— am Stamme usw., Evans 145.
Narbenkeloid s. Keloid.
Nase s. Skleroma, Lepra.
Nastin s. Lepra.
Naturforscher und Ärzte. 85. Versammlung deutscher, 556.
Naturgeschichte des Menschen. Beiträge zur, Friedenthal 285.
Nebenhodens. Chirurg. Bhdlg. d. Tuberkulose des, Cifuentes 491.
Nekrose der Endphalangen der Hand, Sequeira 374.
Neosalvarsan, Jordan 30, Castelli 69 (bis), Marschalkó 151, Odstrcil 151. Grünberg 151, Sommer und Greco 178, 696, Stühmer 267, Spitzer 267, Kerl 267, Bernardot 326, Bayet 329, Solowieff 596.
— und Salvarsan, Malinowski 35, 485.
— Neue Injektionstechnik für, Ravaut 434.
— im Auge. Lokale Anwendung von, Rosenmeyer 267.
— Bhdlg. d. Blennorrhagie mit, Janet und Lévy-Bing 678.
— Parasitotrope Wirkung des Atoxyl u., Arzt und Kerl 631.
— Parasitotropie u. Toxizität des, Ullmann 632.
*— a. d. Blut. Wirkung v., Hedén 445, 474.
— Nebenwirkungen des, Simon 329.
— Zufälle bei, Technik und Dosierung, rung, Leredde 171.
— Kleine Zufälle nach Salvarsan und, Leredde 433.
— Hirnkongestion nach, Perkel 117.
— f. d. Nervensystem. Giftigkeit des, Camus 519.
— Lähmung d. VII. u. VIII. Nerven n., Gray 376.
— durch Zinkpaste verstärkt. Spätfolgen nach, Goubeau 323.
— Todesfälle n., Darier 172, Leredde 321, Busse und Merian 329.
— Typhoide Intestinalerscheinungen nach, Leredde 171.
Neosalvarsaninfusionen. Technik und Instrumente für, Duhot 350.
Neosalvarsaninjektionen. Chemisch reines Wasser bei, Lévy-Bing 172.
Neosalvarsanlösungen. Aseptauton Duret zur Sterilisation und Reinigung von, Milian 435.
Nephrektomie 495.
— wegen Nierentuberkulose, André 676.
Nephritiden. Prognosestellg. bei, Strauss 674.
Nephritis. Protrusion des Augapfels bei chron., Golden 59.
— nach Masern. Maisons 701.
Neubildungen. Wirkg. elektr. Kauterisation auf, Squier 330.
— s. Geschwülste, Tumoren.
Neurodermitis chron. faciei, Hoffmann 320.
Neurofibromatosis. Multiple, Feldmann 372.
Neurorezidive s. Salvarsan IV.

Digitized by Google

Neurotische Exkoriationen 374.
Névrodermite 145.
Niere b. chirurg. Erkrankungen. Gewicht der, Cathelin 677.
— Hydatidenzyste der, Diamantis 437.
— Doppels. polyzystische, Anglada 436.
— Radioskopie der, Nogier 350.
— Steinkrankheit der, Illyés 409.
— Tuberkulose einer anomalen, Dobrotworsky 345.
— 5 Tuberkel in einer, Marion 436.
— Verletzgn. der, Cathelin 349.
— s. Wander-, Zystenniere.
Nierenbeckens u. Ureters nähen? Soll man die Inzisionen des, P. Bazy und L. Bazy 36.
— Papilläres Epitheliom des, Picot 38.
— Leukoplakie des, Lecene 436.
Nierenblutung. Ätiologie d. einseitigen, Randall 496.
— gestillt dch. Inj. menschl. Blutserums. Einseitige, Barringer 496.
Nierenchirurgie, Israel 673.
Nierendystopie, Lukina 260.
Nierenentzündungen bei Purpura, Roux 656.
Nierenerkrankungen. Krankheiten der Haut in Beziehg. zu Leber- und, Bulkley 93.
— Eiweißbestimmung bei Diagnose von, Warren 497.
— Herpes zoster, Headsche Zonen und, Minerbi 660.
Niereninsuffizienz. Moderne Methoden z. Bestimmg. der, Boulud 349.
— Erscheingg. a. d. Haut bei, Portig 625.
Nierenkrankheiten. Erkenntnis der, Austin 497.
Nierenleiden. Balneotherapie von, Pflanz 497.
Nierenprüfung. Funktionelle, Chiray 677.
Nierensteine. Gleichzeitige Nierentuberkulose u., Wildbolz 39.
Nierentuberkulose u. -steine. Gleichzeitige, Wildbolz 39.
— b. Kinde, Rocher u. Ferron 436.
— Technik der Diagnose, Operation und Harnleiterbhdlg. bei, Schlagintweit 61.
— Nachweis d. Tuberkelbazillen z. Diagnose der, Kielleuthner 116.
— Diagnose der, Rovsing 495.
— Frühzeitige Diagnose u. Operation der, Bazy 675.
— Bhdlg. d. einseitigen, Minet 176.
— dch. das konserv. Verfahren. Pseudoheilg. der, Heitz-Boyer 37.
— Nephrektomien wegen, André 676.
— m. Tuberkulin. Bhdlg. der, Motz 39.
Nokardosen d. Haut. Oosporosen oder. Gougerot 610.
Novojodinpaste, Lotheissen 649.

Oberlippe s. Tuberkulöse.
Ödem als Folge v. übermäßiger Aufnahme v. Kochsalz, Midelton 651.
— Übermäß. Salzgenuß als Ursache von universellem, Stevenson 651.
— des Gesichts u. d. Genitalien. Akutestes, Martinotti 517.
— d. Augenlider. Ätiologie v. akut. rezid., Brunetière 651.
— Einseitiges, Thomas 651.
Oedema neonatorum, Little 373.
Ohren s. Keloide.
Ohrmuschel s. Perichondritis.
Ohrringstechen u. seine Gefahren. Das, Epstein 128.
Okklusiv-Spüldilatatoren 63.
Oleum cinereum in Ampullen, Bengelsdorff 234.
Oligotrichia atrophicans faviformis, Sprinz 430.
Onychogryphosis, Gray 376.
Onychomykose. Neue, Pellier 32.
Oosporosen od. Nokardosen der Haut, Gougerot 610.
Opsoninbehandlung d. Staphyl.-Infektion d. Haut, Werner 650.
Opsonogens. Wirkg. des, Einsiedel 70.
Orchitis par effort, Cortes 490.
— et Epididymitis parotidea b. e. Säugling, Manasse 491.
Organverdoppelung, Trinkler 258.
Osteomyelitische Komplikationen nach Pocken, Cange 704.
Osteoperiostitis blennorrhagica, Hirtz u. Croissant 575.
Otitis media blenorrh. acuta, Pstrokonski 34, 349, 484.
Oxalsaures Natrium 610.

„Page Bill" in New York, Bierhoff 6.
Pagetsche Krankheit der Mamma, Davis 373.
Papierwissenschaft. Typischer Fall von, Unna 551.
Papillom d. Blase, Negrete 488.
Papillome d. Harnblase m. Hochfrequenz Bhdlg. der, Beer 260, 488.
Paraffininfiltration der Haut, Wjewiorowski 372.
§ 184 Abs. 3. Neue Auslegg. des, Markuse 486.
*Parakeratosis variegata u. Pityriasis lichenoides, Klausner 469.

Digitized by Google

Parapsoriasis en gouttes b. e. Syphilitischen, Pautrier, Fernet u. Françon 435.
— en plaques, Bizzozero 284.
— lichenoides 462, 501, 528.
Paraurethritis bei Frauen, Bogrow 60.
Pelade. Ätiologie der, Sabouraud 432.
— u. Basedow, Sabouraud 671.
— u. Syph., de Azúa 115.
Pellagra, Ormsby 90, Couffon 652, Nicolas u. Moutot 652.
— in Brasilien. Verdorbener Mais und Fehlen der, Pieraccini 653.
— in Großbritannien, Sambon und Chalmers 652.
— i. d. Vereinigten Staaten? Seit wann existiert die, Babcock 652.
— Ätiologie der, Gosio 653, Bertarelli 653.
— Exper. Untersuchungsreihe über, Volpino, Mariani, Bordoni u. Alpago-Novello 653.
— Wäßriger Extrakt aus verdorb. Mais als diagnost. Mittel bei, Alvisi 653.
— Spezif.-diagnost. Reaktion bei, Raubitschek 654.
— Immunisierende Reaktion des Blutes bei, Tizzoni 654.
— ? Gibt es bes. fluoreszierende Substanzen im Serum bei, Hirschfelder 654.
*Pellagrösen Hautveränderungen. Diagnose der, Probizer 637.
— Wasserm. u. Präzipitinreaktion bei, Maj 655.
— Meiostagminreaktion bei, Alvisi 655.
Pellagröser. Antihämolytische Kraft des Serums, Zuccari 654.
Pellagrologischer Kongreß 580.
Pellidol 71.
Pemphigus. Greco 178, ? Gaucher, Gougerot u. Meaux Saint-Marc 433.
— chronicus m. nerv. Alterationen, Campana 113.
— foliaceus m. Salvarsan bhdlt., de Azúa 114, 153.
— vegetans durch Erysipel gebessert, Brocq, Fernet u. Françon 432.
Pendinsches Geschwür, Boruchowitsch 59.
*Penis. Isolierte prim. Gonorrhöe eines akzess. Ganges am, Lenartowicz 97.
— s. auch Tuberkulose.
Pentosurie, Klercker 542.
Perichondritis blennorrhoica beider Ohrmuscheln, Fischer 575.
Perinephritische Phlegmone, Doppelseitige, Jianu 495.
Perirenales Hämatom n. Scharlach, Hering 682.
Peritheliomartiger Tumor der Glutäalgegend, Bayer 381.
Peritonitis blennorrh. Ursprungs, Pieri 575.
Phagedänischen Geschwüren. Ableitg. d. Urins bei, Cholzoff 58.
Phenolasewirkung. Symptome der, Bach u. Maryanovitch 649.
Phlegmone. Diffuse perivesikale, Legueu 345.
— b. Kinde. Perirenale, Thévenot 350.
Physikalische Therapie 177.
Pian, Leishmaniose, Sporotrich. u. Blastomykose. Diff.-Diagn. zwischen, Terra u. Araujo 402.
Pigmentierung. Universelle fleckige, MacLeod 375.
— d. Schleimhaut. Physiologische, Bonnet (bis) 579.
Pigmentnävi oder „forme fruste" von Xeroderma pigmentosum. Glatte, Balzer u. Belloir 324.
Pilimiktion 261.
Pilze s. Epidermispilze.
Pilzerkrankung d. Kopfhaut, Chajes 87.
Pityriasis circinata, Toyama 601.
*— lichenoides. Unnasche Parakeratosis variegata und, Klausner 469.
— — Sonnenbhdlg. der, 500.
— rosea Gibert, Covisa 115.
— — Auffassung der, Fox 151.
— rubra pilaris, Sequeira 146, Sachnowskaja 596.
— — Hebra incipiens oder Ichthyose irritable Besnier?, Megowozian 569.
— — — Kedroff 595.
— steatoides 91.
Pixspor, Adler 406.
Pneumaturie bei blasenkranken Diabetikern, Teschemacher 486.
Pocken. Osteomyelitische. Komplikationen nach, Cange 704.
— u. Impfpocken. Blutbild bei, Erlenmeyer 704.
— s. Impfpocken, Blattern, Variola.
Pockennarben in Geschwülste. Umwandlung von, Heller 430.
Pollakiurie inf. Enge des Meat. urethrae, Ducastaing 347.
Polypen d. hint. Harnröhre, Pereschiwkin 597.
Polypenbildung am Orif. urethrae der Harnblase bei Zystitis, Hertle 545.
Präzipitinreaktion bei Pellagrösen, Maj 655.
Primeldermatitis, Sharpe 659.
Prophylaktikum gegen ven. Infektionen, Ullmann 112.
Prostata. Nicht blennorrh. Abszeß der, Morelli 493.

Digitized by Google

Prostata. Adenomatöse Hyperplasie der, Pedersen 493.
— Atonie der, Marcuse 492.
— Perineale Ausschälg. der, White 494.
— Enukleation der, Freyer 147, Valcourt 494.
— Tuberkulose der, Goetzl 518.
Prostataabszesse. Bhdlg. der, Motz 348.
Prostataatrophie. Chirurgie der, Posner 674.
Prostatahypertrophie, Frescoln 147.
— Ätiologie der, Cuttat 493.
— Frühzeitige Prostatektomie oder konserv. Bhdlg. der, Guépin 677.
Prostatakrebses. Methode zur Exstirpation des, Gayet, Champel und Fayol 675.
Prostatasekret, Dominici 238.
Prostatastein, Cochez 59.
Prostatectomia suprapubica. Technik der, Goldberger 345.
Prostatektomie. Perineale, Posner 260.
— Luftembolie wd. einer, Marion 347.
— Blasensteine nach, Thévenot 348.
— m. seitlichem Schnitt, Wilms 494.
— nach Wilms, Zuckerkandl 494. Bemerkg. hierzu, Wilms 494.
— Zweizeitige suprapubische, LeClerc-Dandoy 494.
— oder konserv. Bhdlg. d. Prostatahypertrophie. Frühzeitige, Guépin 677.
Prostatikern. Mechanismus d. chron. Retention bei, Li Virghi 175.
— Akute Retention bei, Verrière 350.
Prostituierten. Mikrosk. Blennorrhöekontrolle der, Güth 36.
— in Paris 1911. Ärztl. Überwachg. der, Batte 608.
Prostitution, Bloch 437.
— jugendl. Mädchen in München, Rupprecht 356.
— in einigen europ. Städten. Sanitäre Kontrolle der, Bierhoff 608.
— Syphilis, vener. Krankheiten und, Chéry 609.
Prostitutionsreglement. Wiener, 60.
Prurigo, Morris 146.
— nodularis, Zeissler 92.
Pruritus 93, 94.
Pseudoarea, Caruccio u. Montesano 518.
Pseudofurunkulose, Schiperskaja 597.
Pseudohämophilie. Erworbene, Barton 655.
Pseudohermaphroditismus, Durlacher 383.
Pseudoleukämie, Fränkel 354.
— usw. und ihre Hautmanifestationen, Umbert 408.
Pseudomilium colloidale, Lombardo 514.
Pseudotrichiasis der Blase, Heller 261.
Psoriasis 94, Blumenthal 86.
— Histologie u. Pathogenese der, Haslund 231, 404.
— Bakterienfunde bei, Menzer 152.
— Dermatitis exfol. chron. nach, Longo 285.
— vulgaris. Einfluß d. Schwangerschaft auf, Petrini 173.
— u. Tuberkulose, Audry 432, Petges u. Desqueyroux 670.
— Bäder und Mazeration bei, Montgomery 152.
— m. Chrysarobin-Teerbädern. Bhdlg. der, Nonell 696.
— vulgaris m. Röntgenstrahlen bhdlt., Landesmann 570.
Puerperium. Ausschläge im, Byers 610.
Purpura annularis teleangiectodes. Balina 178, Pasini 344, 513.
— fulminans, Cameron 656.
— d. Kinder. Chronische, Deléarde u. Hallez 655.
— Nierenentzdgn. bei, Roux 656.
— Experim. Erzeugg. von, Cowell 656.
— b. chron. Lungentuberkulose, Cruice 657.
— b. Tuberkulose, Monnot 657.
— m. animal. Serum. Bhdlg. d. chron., Elsner u. Meader 656.
— Radiotherapie, Triboulet 657.
*Pustulös hyperkeratot. Exanthem bei gon. Allgemeinerkrankung, Sobotka 181, 218.
Pyämide, Werther 431.
Pyelitiden, Oppenheimer 676.
Pyodermien. Ekzeme und, Cole 601.
— Sudorale, Istria 627.
Pyonephrosis 495.
— tuberculosa occlusa, Smirnow 117.
Pyozyaneus bei nekrot. Syphiloderma, Garibaldi 113.
— i. d. Morphologie des Fiebers, Campana 407.

Quecksilber. Bhdlg. von Erkrankgn., verursacht dch. vegetabile Parasiten, mit Sukzinimid-, Wright 62.
— Dijodoxybenzolparasulfosaures, 71.
— i. d. Zerebrospinalflüssigkeit abgeschieden? Wird, Lazarew 262.
— s. Jodquecksilber, Syphilis, I. L.
Quecksilberinjektion. Lungenembolie nach intramusk., Mills 331.
Quecksilberinjektionen. Bhdlg. von Erkrankungen, die auf pflanzl. Parasiten zurückzuführen sind, mit, Wright 555.
Quecksilberpräparaten auf Spirochätenkrankheiten. Wirkg. von, Kolle, Rothermundt und Peschié 70. Kolle, Bürgli u. Abelin 607.

Digitized by Google

Quecksilberverbindungen bei Spirochätenin-fektionen. Organische, Schilling, Krogh, Schrauth u. Schoeller 650.

Rachen s. Skleroma, Spirochätenerkrankungen.
Rachitis u. Wasserm. Reaktion, Caffarena 120.
Radioaktivität. Induzierte, Fernau, Schramek u. Zarzycki 629.
Radiodermitis ulcerosa. Histologische Veränderngn. der, Darier 31.
Radiologie. Kongreß d. ital. Ges. für, 612.
Radioskopie der Niere, Nogier 350.
Radiotherapie. Bhdlg. d. Hautepithelioms mit, Ehrmann 322.
— Bhdlg. einer Ranula mit, Barcat u. Duhamel 324.
— Chemische Imitation der Strahlenwirkung und, Werner u. Ascher 627.
— Purpura, Triboulet 657.
Radium geheilt. Hautepitheliom mit, Sierra 115.
— Bhdlg. d. Akne rosacea mit, Sierra 408.
— u. Mesothorium bei Geschwülsten, Sticker 629.
Radiumbehandlung des Narbenkeloids und der Keloidakne des Nackens, Sierra 57.
— b. Hautkrankheiten. Mesothorium- u., Saalfeld 629.
— d. Ulcera varicosa, Sierra 696.
Radiumemanation a. d. Genitalorgane v. Kaninchen. Einfluß der, Fellner u. Neumann 545.
Radiumersatzpräparat Mesothorium 630.
Radiuminstitute. Arbeiten im, Pinch 628.
Radiumpräparaten aus öffentl. Stationen z. Bhdlg. priv. Kranker. Abgabe von, Schiff 387.
Radiumtherapie, Salzmann 68.
— d. bösartigen Geschwülste, Dohi u. Mine 116.
Ranula m. Radiotherapie. Bhdlg. einer, Barcat u. Duhamel 324.
Raynaud-Symptome, wahrscheinlich auf syph. Basis. Chron. verlaufende, Weber 539.
Raynauds Disease. Kalkablagergn. und Sklerodaktylie bei, Davis 147.
Raynaudsche Krankheit, Semon 376.
— — m. posit. Wassermann, Gaucher, Gougerot u. Meaux Saint-Marc 433.
Raynaudsch. Krankheit. Endokrine Entstehung der, Fontaine 655.
Recklinghausensche Krankh., Rosenthal 147, Renaux 355.
*Reglementierung. Die ethischen Wirkungen der, Scheven 22, 53.
Retention bei Prostatikern 175, Akute, Verrière 350.
— — — Mechanismus d. chron., Li Virghi 175.
— Plast. Operationen bei, Eliot 436.
— s. Urinretention.
Rhinophyma dch. physikal. Therapie. Behandlung des, Sierra 177.
Rhinoskleroma 201.
Röntgenologische Studienreise 612.
Röntgenbehandlung, Smith 628.
Röntgenlicht u. Tiefenbestrahlung. Schädigungen d. Haut durch, Iselin 658.
*Röntgenstrahlen bei Hidradenoma eruptivum, Hodara 421.
— bhdlt. Psoriasis vulgaris mit, Landesmann 570.
— geheilt. Seborrh. Ekzem d. Gesichts mit, Comas u. Prio 697.
Röntgentherapeutische Fragen in der Dermatologie, Merian 628.
Röntgentherapie bei Lichen simplex chron. u. bei Ekzema chronicum, Dohi 409.
— Kompendium der, Schmidt 411.
Röntgenuntersuchung d. Aortenerkrankungen spez. der Aortenlues, Lippmann u. Quiring 204.
Röntgenverbrennungen. Schwere, Heuck 658.
Röntgenverfahren. Momentaufnahmen im, Schwenter 542.
Rose m. Ichthyolkollodium. Bhdlg. der, Oksenow 60.
— s. auch Erysipel.
Rotz mit Malleininjekt. geheilt, Peyri 115.
Rubeola 701.

Salbenbehandlung mit Ebagapräparaten. Unsichtbare, Matzenaner 69.
Salizylsäure 541.
Salizylsaures Natron bei Komplikationen der Blennorrhöe, Covisa 696.
Salpingitis stellen? Läßt sich nur aus der zytolog. Untersuchng. des Tubeneiters die Diagnose blennorrhoische, Wolff 573.

Salvarsan.

(S. auch Syphilis I. L.)

I. Allgemeines.

Salvarsan, Sommer 177, Favento 264, Guénot 265, Brocq 325, Bernardot 326, Terra 402, Eichhorst 538, Vilanova 696, Sotelo 697.
— Neosalvarsan und, Malinowski 35, 485.

Digitized by Google

Salvarsan u. Quecksilber, Saynisch 149.
— i. d. Klinik Tarnier, Lemeland u. Brisson 265.
— i. d. Praxis, Klotz 265.
— Ausscheidungswerte u. Speicherungsverhältnisse n. Einfuhr von, Ullmann 232.
— dch. die mütterl. Milch. Ausscheidg. des, Caffarena 126.
Salvarsaninjektionen. Antiformin bei Arsenbestimmg. im Harn nach, Greifeld 69.
Salvarsan. Immunkörperbildg. und, Boehncke 626.
Salvarsaninjektionen. Widerstandsfähigkeit d. roten Blutkörperchen nach intraven., Simonelli 514.
*Salvarsan a. d. Blut. Wirkung von, Hedén 445, 474.
— Exp. Untersuchgn. üb. die pharmakol. Wirkg. des, Ferrannini 264.
— Toxische Wirkg. des, Igersheimer 632.
— Parasitotropie u. Toxizität des, Ullmann 632.
Salvarsanwirkung. Anreicherung der, Neumayer 632.
Salvarsan. Serodiagnose des, Tschernogubow 201.
— u. Wasserm. Reaktion, Akutsu, Okoshi u. Nakagawa 518.
Salvarsantherapie. Entwicklg. u. gegenwärtiger Stand der, Oppenheim 124.

II. Therapie.

Salvarsan. Lokale Bhdlg. mit, Lebenthal 265.
— bei Chorea v. Sydenham, Marie und Chatelin 300.
— i. d. Geburtshilfe, Fabre u. Bourret 265.
— bei Neugeborenen, Chambrelent 265.
— u. Knochensystem, Boikow 201.
— bei Lepra, Wellmann 551, Peyri 696.
— u. Bienenstichen. Bhdlg. der Lepra mit, Gaucher u. Boinet 672.
— bhdlt. Pemphigus foliaceus mit, de Azúa 114, 153.
Salvarsanapplikationen. Bhdlg. d. einfachen Schankers m. lokalen, Lévy-Bing u. Morin 154.
Salvarsan bei nicht syphil. Erkrankungen, Lubenau 633.
— Nichtsyphilitische Spirochätenerkrankungen d. Mund- und Rachenhöhle und, Gutmann 406.
— Tuberkulin, 484.

III. Dosierung und Technik.

Salvarsanapplikationen. Lokale 633.
Salvarsaninfusion. Technik der intraven., Stokar 234.
— Apparat z. intraven., Mondschein 612.
*Salvarsaninjektionen. Konzentrierte intraven., Strauss 400, 512.
— Verunreinign. d. destil. Wassers bei, Emery 172.
Salvarsanbereitung. Aqua dest. zur, Schramm 555.
Salvarsanpräparat Joha, Lindenheim 149.
Salvarsan per rectum. Verwendg. des, Rajat 117, Weil, Morel u. Mouriquaud 264.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Salvarsaninjektionen. Schwere Folgezustände n., Löhe 86.
— Hautreaktionen nach intraven., Vignolo-Lutati 516.
— Reaktion nach intraven., da Silva 322.
Salvarsan. Idiosynkrasie gegen, Negoro 409.
— Intoleranz gegen, Milian 322.
Salvarsaninjektionen. Durch Alkaliabg. des Glases bedingte tox. Nebenwirkgn. nach intravenösen, Matzenauer 555.
Salvarsan. Toxische Wirkg. d., Igersheimer 632.
— Parasitotropie und Toxizität des, Ullmann 632.
— Geringfügige Zufälle nach, Leredde 325, 433.
— Verunreiniggn. des dest. Wassers und die Zufälle nach, Emery 325.
— Arsenmelanose nach, Kono 116, Ijiri 116.
— Epileptiforme Anfälle nach, Lebe 231.
Salvarsaninjektion, Fieber n. d. ersten, Jeanselme 323, Jeanselme und Jacquet 325.
Salvarsanfieber, Watanabe 115.
— b. syph. Nervenerkrankgn., Leredde 171.
Salvarsan. Hämatemesis nach, Gaucher, Gougerot u. Meaux Saint-Marc 433.
— und Hämoptyse, Audry 432.
*Salvarsaninjektion. Syphil. Hirnreaktion nach der 2., Pinkus 196.
Salvarsan. Nervöse Komplikat. nach, Astié 266.
— in Form einer Interkostalneuralgie. Neurorezidiv nach, Ravaut 671.

Digitized by Google

Neurorezidive, Cappelli u. Torrigiani 517.
Salvarsan. Neurorezidiv nach, Bernardot 326.
— Ursache d. Neurorezidive n., Cronquist 266.
— Spiroch. pallida im L. cerebrospin. b. e. Neurorezidiv nach, Nichols und Hough 714.
Neurosyph. postsalvarsanica, Covisa 114.
Salvarsan. Spastische Paraplegie nach, Bachmann 603.
— Polyneuritis und Geistesstörung nach, Abadie, Petges u. Desqueyroux 327.
— Polyneuritis und Kakke nach, Toyama 409.
— Neurezidiv am Ohre nach, Morbaix 711.
— und Gehörorgan, Rimini 636.
— Hörstörungen bei Syphilitikern nach, Desneux 266.
— Synkope durch, Fradking 149.
— Todesfällen., Werther87,Soprana 149, Bernardot 328, *Jordan 567, Dupuy 633.
Salvarsantod. Histol. u. exper. Studien üb. d., Marschalko u. Veszprémi 233.
Salvarsantodesfälle, Dreyfus 633.
Salvarsaninjektionen. Hartnäckige Urtikaria nach, Lier 148.
Samenblasenschnitt, Fuller 491.
Samenstrangs. Inguinaler Weg b. Operat. der Hüllen d. Hodens u. d., Phocas 176.
— Intravaginale Torsion des, Cotte 491.
Santyl bei blennorrh. Krankh., Nitze 578.
Sarkoid d. Haut u. Tuberkulose. Multiples benignes, Wolfheim 119.
— Darier-Roussysches subkut., Adamson 373.
— bei Allgemeintuberkulose. Boecksches, Stümpke 456.
Sarkoide 174.
Sarkom 259.
— m. Coleyscher Flüssigkeit behandelt. Melanotisches, Greenwood 354.
Sarkomatöser Degeneration. Mykosis fungoides m. sekund., Pautrier, Belot, Fernet und Delort 435.
Sarkomatosis. Univers., Whitfield 146.
— cutis multiplex, Romanowsky 352.
— s. Hautsarkomatosis.
Schanker der Finger. Weiche, Hudelo u. Bodineau 170.
Schankers mit lokalen Salvarsanapplikationen. Bhdlg. des, Lévy-Bing und Morin 154.
Schankriforme Ulzeration a. d. Vulva, Thibierge 545.
Scharlach. Zystitis bei, Ducastaing 675.
— Perirenales Hämatom nach, Hering 682.
— Streptokokken bei, Jungmann 683.
— Leukozyteneinschlüsse bei, Kretschmer 683.
— als pathognomonisch zu betrachten? Sind die Einschlüsse in den polynukleären Leukozyten bei, Bongartz 700.
— Heimkehrfälle bei, Wegmann 700.
— s. a. Skarlatina.
Scharlachähnliche Erytheme nach Einspritzung von antidiphtherit. Serum, Robert 652.
Scharlachartige Masern, Morgan 700.
Scharlachexanthems. Funktionsstörungen des Blut- und Lymphgefäßsystems als Folge des, Kirsch 681.
Scharlachfieber. Tierexperimentelles, Cheinisse 682.
Scharlachmasern, Blackett 700.
Scharlachnephritis 681.
Scharlachrekonvaleszenz. Skarlatiniforme, sekundäre Späteruptionen whrd. der, Rouèche 682.
Scharlach R medicinale, Retzloff 71.
Scharlachrot-Intoxikation, Lyle 127.
Schaumiger Substanzen auf die Haut. Wirkung, Galimberti 518.
Schönheitskuren, Greeley 555.
Frank Schultz † 155.
Schutzpockenimpfung in Bayern, Stumpf 704.
Schwefeleinwirkung. Path. Verändergn. d. gesunden Haut nach, Kopytowski 34, 484.
Schwefelwaschungen. Wirksamkeit der, Foerster 93.
Schweißdrüsenapparat b. tödl. Cholerainfektion, Rebaudi 611.
Seborrhöe d. Unterlippe u. Epitheliom, Montgomery 459.
Seborrhoea capitis, Jackson und Mc Murtry 91.
Seborrhoica s. Alopecia, Dermatitis, Ekzema.
Seborrhoisch s. Ekzem, Warzen.
Sera: Paradoxe, 557, 584, 616.
Serodiagnose d. Salvarsan, Tschernogubow 201.
Serum. Bhdlg. Hautkranker mit Menschen-, Heuck 650.
— Scharlachähnliche Erytheme n. Einspritzg. v. antidiphtheritischem, Robert 652.
— Bhdlg. d. chron. Purpura m. animalischem, Elsner und Meader 656.
Serumkrankheit, Leclercq u. Culot 651.

Digitized by Google

Sexualhygienischen Literatur. Index bibliographicus der, Loeb 36, 486.
Sexualleben d. russ.-jüd. Studentenschaft, Lestzinsky 60.
— Narkotika und Rauschmittel im, Neumann 410.
Sexualneurasthenie. Coitus interruptus als Ursache von, Anschütz 178.
Sexualpädagogische Aktion, Chotzen 486.
Sexualpädagogischer Elternabend, Reissert 486.
Sexualwissenschaft. Ärztl. Gesellschaft f., 244.
Sexuelle Reizerscheinungen. Einwirkung des Adamons auf, Frank 411, 676.
Sexuellen Ethik und Hygiene. Erziehung der Jugend zur, Scheven 127.
Sexueller Basis. Selbstmord auf, Asnaurow 410.
— Präventivverkehr, Löwenfeld 520.
Sexus anceps oder Hermaphroditismus, Kermauner 384.
Sicards Symptome 655.
*Skabies b. Epidermolysis bullosa hereditaria, Wagner 453.
— s. Copra-, Krätze.
Skarlatina in Cincinnati, Bell 681.
— b. e. Wöchnerin. Hemiplegie nach, Issailovitch-Dusciau 682.
— Angina und, Szontágh 697.
— s. a. Scharlach.
Skarlatiniforme, sekund. Späteruptionen während der Scharlachrekonvaleszenz, Rouèche 682.
Sklerodaktylie b. Raynauds Disease. Kalkablagerungen und, Davis 147.
Sklerodermie, Wersilowa 29, Sachnowskaja 596.
— der Stirne. Bandförmige, Danel 328.
— m. kut. u. subkut. Kalkablagerungen, Ehrmann 382.
— beim Kinde. Alfès 383.
*Sklerodermieartige Hautveränderungen n. Skorbut, Lier 157.
Skleroma respiratorium, Pospelow 201.
— — der Nase u. d. Rachens, Meschtscherski und Grintschar 201.
Skleromfälle in Ostpreußen, Gerber 179.
Sklerose von Haut und Muskeln mit Kalkablagerung. Diffuse, Oehme 383.
*Skorbut. Sklerodermieartige Hautveränderungen nach, Lier 157.
Sommerausschlag, Davis 147.
Sonnenbehandlg. d. Pityriasis lichenoides 500.
Spermakristalle entdeckt? Wer hat die, Fürbringer 259.
Spermatikus. Zysten d., Wallimann 492.
Sphygmorenaler u. urosekretorischer Koeffizient, Martinet 174.
Spirillosen. Rolle des Organismus b. d. medikamentösen Heilung des, Levaditi 626.
Spirochäten den Protozoen oder den Bakterien verwandt? Sind, Dohi und Hidaka 232.
Spirochätenerkrankungen der Mund- u. Rachenhöhle nach Salvarsan. Nicht syphilitische, Gutmann 406.
Spirochäteninfektionen. Organische Quecksilberverbindungen bei, Schilling, Krogh, Schrauth u. Schoeller 650.
Spirochätenkrankheiten. Wirkg. v. Quecksilberpräparaten auf, Kolle, Rothermund u. Peschié 70, Kolle, Bürgli und Abelin 607.
Spleno-hepatorenaler Symptomenkomplex 544.
Sporotrichose, Rocamora 114, Bormann 198, Wjewiorowski 373.
— Muskuläre, Moure und Baufle 152.
— b. Menschen, Hamburger 153.
— v. Typus d. dissem., ulzer. Gummam. akuter Synovitis, Adamson 376.
— u. Blastomykose. Diff.-Diagn. zw. Pian. Leishmaniose, Terra u. Araujo 402.
— Blastomykose vortäuschende, Adamson 458.
— Ähnlichkeit von Blastomykose u. Syph. mit, Sutton 626.
Sporotrichosen. Blastomykosen und, Rabello 403.
Sporotrichosis dermica u. epidermica, de Beurmann und Gougerot 118.
— epidermica 118.
— verrucosa 118.
Sporotrichumpilze. Pathog., Beurmann und Gougerot 580.
Stabilisator der Lendengegend, Soupault und Payen 677.
Staphylokokkusinfektion der Haut 650.
Stein. Urinretention durch einen in der Harnröhre eingeklemmten, Fabre 350.
Steine der Blase u. d. Ureters, Vuillet 175.
— s. Blasen-, Harnleiter-, Harnröhren-, Nieren-, Prostata-, Ureter-, Urethralsteine.
Steinkrankheit der Niere, Illyès 469.
Steinschnitt an Kindern. Blasennaht b. hohem, Werthern 466.
Stenosen der P. post. der Harnröhre. Angeborene, Heinecke 261.
Sterilität und Impotenz bei Mann. Ursachen der, Belfield 489.
Stickstoffs z. Diagn. d. Karzinoms der inneren Organe. Bestimmung d. Kolloidal-, Semenow 116.
Stirne s. Sklerodermie.
Stomatitis s. Mercurialis, Merkurielle.

Digitized by Google

Strahlenwirkung u. Radiotherapie. Chemische Imitation der, Werner und Ascher 627.
Streptokokken bei Scharlach, Jungmann 683.
Streptothrichosen 610.
Striktur des Ureters. Kongenitale, Kahn 495.
— s. Harnröhren-, Ureterenstriktur.
Strikturen der Harnröhre. Innere oder äußere Urethrotomie bei engen, Bucklin 464.
Sudorale Pyodermien, Istria 627.
— Eruptionen 627.
*Sulfidal z. Bhdlg. d. Krätze, Winkler 333.
*Sulfoform. Therapeutische Versuche mit, Sternthal 162.
*Sulfoformbehandlung der Alopecia seborrhoica, Joseph 255.

Syphilis.

I. Erworbene Syphilis.

A. Allgemeiner Teil.

Amerikanischer Ursprung u. Mal franzoso, Sudhoff 598.
Chancre mixte, Paramonoff 180.
Ehekonsens 711.
Extragenitale Syphilis:
Augenlids. Syph. Schanker des, Rollet u. Genet 180, Marbaix 711.
Daumen m. eitriger Gelenkentzündung. Syphilit. Schanker am, Lebar und Jourdanet 324.
Kinnes. Syph. Schanker des, Rollet und Genet 180.
Kopfhaut. Syph. Schanker der behaarten, Rabourdin 180.
Oberlides. Syph. Schanker d., Gaucher und Audebert 672.
Oberlippe. Primäraffekt der, Hudelo und Bodineau 170.
Unterlippe. Primärsyphilid der, Dore 373.
Zahnfleisches. Primäraffekt des, Hudelo und Bodineau 170.
Fieber bei Tertiärlues. Intermittierendes, Pozzilli 95.
— Tertiärsyphilitisches, Rawskaja 712.
— Salvarsan- und Quecksilber-, 518.
Immunisierungsversuche mit Spirochätenreinkulturen, Nakano 602.
Kinder. Erworbene Syph. d., Eltzina 461.
Kontagiosität der Syphilis, Hoffmann 711.
Kontakt u. i. d. Heredität. Verbreitung der Syph. durch direkten, Campana 407.
Latente Formen der Lues, Levi 203.
„Mal franzoso" in Italien u. amerikan. Ursprung der Syphilis, Richter 231.
*Primäraffekt. Syphilis mit verstecktem, Almkvist 190.
Primärsklerosen. Nachträgl. auftretende, Rebaudi 712.
Prophylaxe. Salv. i. d. sozialen Lues-, Roland 265.
— z. Frankfurt a. M. Anfänge d. Syph.-, Sudhoff 320.
Reinfektion. Syphilitische, Renault 322.
— Wahrscheinl. syphilit., Baliña 178, Landouzy und Pinard 711, 712.
— nach Salvarsan. Syphilitische, Lacapère 172, Gastou und Sanglier-Lamark 173, Milian und Sauphar 324.
Rezidiv eines Schankers in situ, Ravaut 326.
Rezidive nach Salvarsan, Gaucher und Lévy-Franckel 519.
Schanker. Leukoplakie neben e. syphilit., Landouzy und Pinard 711, 712.
Syphilis. Diskussion über, 236.
— u. Dermatologie, Terebinsky 461.
— b. e. 10jähr. Mädchen, Dore 145.
— d. Eheleute, Matsumoto u. Ando 116.
— Moderne Forschungsresultate der, Moeller 713.
— Maßnahmen der Stadt Nürnberg geg., Sudhoff 598.
— vener. Krankheiten und Prostitution, Chéry 609.
Syphilisbeobachtung usw. zu Frankfurt a. M. Anfänge der, Sudhoff 320.
Syphiliskranker u. ihrer Familien. Schicksal, Kaufmann-Wolf 94.
Syphilitiker über seinen Zustand aufzuklären. Die Notwendigkeit, einen, Fouquet 300.
— über ihren Zustand aufklären? Soll man, 356.
Syphilopathischen Pathologie und Therapie. Handb. d. dermo-, d'Amato 61.
Trauma und Syphilis, Lenoir 712.
Verheirateten Frau zu sagen, daß sie syphilitisch ist? Ist es Pflicht des Arztes, einer, Jeanselme 711.

B. Ätiologie.

Leukocytozoon syphilidis 413.
Spirochaeta pallida. Modifik. der Burrischen Methode z. Nachweis v., Harrison 579.
— — m. d. Ultramikroskop. Untersuchg. der, De Napoli 606.
— — im Harnsediment, Hoffmann 468.
— — im Liquor cerebrospin. b. e. Neurorezidiv, Nichols u. Hough 714.
— — Reinzüchtung der, Nakano 116.

Digitized by Google

Spirochäten. Kultur d. syphilit., Slatogorow 379.
— Aus syphil. Produkten kultivierte, Levaditi und Danulesco 606.
— Rasche Färbemethode der, Tribondeau 173.
— im System. Stellung der, Hoffmann 606.
Spirochätenreinkulturen. Immunisierungsversuche mit, Nakano 602.
Syphiliserregers. Lebenszyklus des, Mc Donagh 89, 235, 374, 406, *413.
— Ross'sche Entwicklg. des, Schilling 714.
*Treponema pallidum m. ammoniak. Silbernitrat. Modifikat. d. Färbungsmeth. des, Fontana 301.
Treponemen. Wirkg. d. Salv. auf, Levaditi und Twort 263.

C. Experimentelle Syphilis.

Kaninchen. Experimentelle Syph. beim, Merkuriew 713, Finkelstein 713.
— Lokalbhdlg. der generalisierten Syph. beim, Castelli 69.
*— Infektiosität d. Blutes Syphilit. f., Aumann 81.
— m. Blut v. Syphilitikern. Infektion d., Liebermann 378.
Kaninchensyphilis, Liebermann 30.

D. Diagnostik.

Alkoholhämolyse durch Blutserum Luet. Hemmung der, Schultz 243.
Bauer und Hecht vereinf. Wasserm. Reaktion. Wert d. v., Wojciechowski 34, 484.
Boassche Modifik. d. Wasserm. Reakt., Campbell 242.
Diagnose und Therapie der Syphilide, Jeßner 61.
— d. Syph. m. d. Ultramikroskop, Perkel 378.
v. Dungern verläßlich? Ist die Modifik. d. Wasserm. Blutprobe n., Crippa 96.
v. Dungernschen Reaktion. Brauchbarkeit der, Stiner 241.
Epiphaninreaktion, Korff-Petersen u. Brinkmann 243.
Hautreaktion bei Lues und Wasserm. Reaktion, Müller und Stein 713.
Hecht und Bauer vereinf. Wasserm. Reaktion. Wert d. v., Wojciechowski 34, 484.
— und Weinberg b. syph. u. Augenaffekt. Reaktion von, Leredde 242.
Konglutinationsreaktion nach Karvonen, Hecht 242.
— Serodiagnose der Syph. dch., Dalla Favera 243.
Karvonen. Konglutinationsreaktion nach, Hecht 242.
Karvonensche Methode 243.
Komplementbindende Eigenschaften an Ozonisiertes syphil. Blutserum nimmt, Segale 241.
Kutanreaktion der Syphilis, Wolfsohn 59, Fischer und Klausner 713.
Meiostagminreaktion b. Lues, Fisichella 243.
— und Wasserm. Reaktion, 213.
Mikroreaktion der Syphilis nach Wassermann, Engel 212.
Präzipitation der Globuline bei Syphilis der Nerven, Bressot 208.
Serodiagnostik der Syph., Ritz u. Sachs 95, Glueck 598.
— — — Methoden der, Leredde und Rubinstein 434.
— — — Vereinf. Methode d., Chitrowo 460.
Sero-diagnostische Methode n. Wassermann, Neißer u. Bruck, Buschke 240.
— — Methoden zur Syph.-Diagn. in der Kinderpraxis, Devilla 210.
Serumdiagnostik der Syphilis. Azetonextrakte bei der, Munk 715.
Wassermannsche Reaktion, Marchi 344.
— — und ihre Technik, Bertarelli 211.
— — Verfeinerte, Kromayer u. Trinchese 212.
— — Herstellung des Antigens für die, Goss 29.
— — Hautreaktion bei Lues und, Mueller und Stein 713.
— — Meiostagminreaktion und, 243.
— — u. Aneurysmen der Aorta, Delsoullier 204.
— — Rachitis und, Caffarena 120.
— — i. d. Syph.-Bhdlg., Jeanselme u. Verner 244.
— — Antisyph. Therapie und, Paren: 244.
— — Mergal und, Gavini 263.
— — Salvarsan und, Akutsu, Okoshi und Nakagawa 518.
Wassermannschen Blutprobe nach v. Dungern verläßlich? Ist die Modifikat. der, Cripper 96.
Wassermannschen Reaktion. Klin. Wert der, Gehrmann 147.
*— — Diagnost. Wertlosigkeit d. negat., Rühl 159.
— — Techn. und klin. Grundzüge der, Meier 210.
— — Wert der von Bauer und Hecht vereinf., Wojciechowski 34, 484.
— — Verfeinerung der, Lesser 87, 456.
*Graetz 557, 584, 616.
— —? Welchen Zweck hat die quantit. Bewertung der, Mayer 212.

Digitized by Google

Wassermannschen Reaktion. Maximale Variation der, Leredde u. Rubinstein 323.
— — Antigen b. d., Desmoulière 117, 239, 240, 520.
— — Durch Formol stabilisierte Blutkörperchen b. d., Armand-Delille und Launoy 95.
— — Rinderherzextrakte m. Cholesterinzusatz bei der, Bottler 602.
— — Boassche Modif. d., Campbell 242.
— — Ursachen eines falschen Resultates der, Perkel 571.
— — bei bhdltn. Syphilitikern. Änderg. der, Nicolas und Charlet 33.
— — einrichten? Soll man die Bhdlg. der Syphilis nach der, Audry 124.
Weinberg bei syphilit. u. Augenaffekt. Reaktion von Hecht-, Leredde 242.

E. Eingeweide.

Albuminuria syphilitica praecox, Théodoresco 519.
Amenorrhöen b. sekund. Syphilis, Wagon 204.
Blase. Syphilis der, Pieser 486.
— und Urethra. Syph. d., Picot 38.
Bronchial- u. Lungensyphilis. Tracheo-, Lindvall und Tillgren 122.
Corpora cavernosa inf. Syph. usw. Zirkumskripte Indurationen der, Campana und Garibaldi 408.
Darmes. Tumorartige Syph. d., Schlesinger 205.
Darmtraktus. Syph. d., Campana 407.
Glykosurie. Syphilitische, Laurent 326.
Harnsediment. Spirochaeta pallida im, Hoffmann 468.
Hepatitis. Interstit. syphilit., Cervasio 205.
Hepatomegalie. Quecksilbereinreibgn. u. Hektin bei syphilit., Martin 263.
Ikterus. Hämolyt. syphilit., Peisset 206.
— Syphilitischer, Bradfeld 206.
Leukoplakie ohne Syphilis, Queyrat u. Bouttier 545.
— neben syph. Schanker, Landouzy u. Pinard 711, 712.
Lungensyphilis. Tracheobronchial- und, Lindvall und Tillgren 122.
Mundhöhle. Syph. Erkrankungen der, Moeller 713.
Nase. Syphilis der, Scarlett 147.
Nephritis syph. acuta praecox, Hoffmann 468.
Nierensyphilis u. Salvarsan, Marlot 265.
Oberlippe. Primäraffekt der, Hudelo u. Bodineau 170.
Pleuritis syphilitica, Nassibian 205.
*Prostata? Syphilis der, Hesse 685.
Rachenschleimhaut. Syph. gummosa ulcerosa profunda der, Schafir 597.
Sperma eines Syph. ansteckend? Ist d., Fraenkel 711.
Spermas. Kontagiosität d. syphilitischen, Businco 519.
Tracheobronchialsyphilis. Lungen- und, Lindvall und Tillgren 122.
Unterlippe. Primärsyphilid d., Dore 373.
Urethra. Syph. d. Blase u., Picot 38.
Vulvae. Ulcus durum comniss. posterioris, Goldenberg 569.
Zahnfleisches. Primäraffekt d., Hudelo und Bodineau 170.
Zirrhosen. Die syphilit., Castaigne 206.

F. Haut und deren Anhangsgebilde.

Alopecia areata u. Syphilis, Notthaft 694.
Cornea. Lues, 29.
Elefantiasis syphilitica, Belzer u. Belloir 434.
Gummöse Syphilis. Verstümmelnde, Meschtscherski 60.
Haut und Schleimhaut. Syph. der, 61.
Hautgummata v. Aspekt variköser Geschwüre, Basail 115.
Parapsoriasis en gouttes b. e. Syphilit., Pautrier, Fernet u. Françon 435.
Pelade und Syphilis, de Azúa 115.
Pigmentsyphilis m. Ekzem d. Hautfalten, Balzer, Belloir u. Lamare 322.
Pustulöses Syphilid, Blattern vortäusch., Kirby-Smith 712.
Roseola. Pathog. d. syphilit., Morali 204.
Schleimhaut. Syphilis der Haut und, 61.
Serpiginöse gummöse Syphilis, Morosow 571.
Spätsyphilide. Sekundäre, Balzer und Belloir 324.
Syphilid des Negers. Annuläres, Hazen 539.
Syphilide und Hektin. Sekundäre, Bizzozero 33.
— Atlas der Hautkrankheiten und der, Ehrmann 410.
Syphilis cutanea verrucosa, Demjànowitsch 457.
— erythematosa nigricans, De Amicis 516.
— mit Sporotrichosis. Ähnlichkeit von Blastomykosis und, Sutton 626.
Syphiloderma. Pyozyaneus b. nekrotisierendem, Garibaldi 113.
Tertiär syphilit. Läsionen. Regionäre Lokalisation von, Basail 115.
Tuberöses Syphilid d. Gesichts u. Thorax. Infiltrierendes, Gaucher und Lévy-Frankel 170.
Ulzerationen. Syph. mit großen, Gougerot und Bourdeau 118.
Ulcus cruris varicosum und Syphilis, Zinsser und Philipp 31.

Digitized by Google

G. Blut, Blut- und Lymphgefäßsystem.

Aorta. Luet. Erkrankung der, Reinhold 204.
— Syphilis der, 204.
— Syphilis und Aneurysmen der, Delsouiller 204.
— Wasserm. Reakt. u. Aneurysmen der, Delsouiller 204.
Aortenaneurysmen. Antisyph. Bhdlg. d. Aortitiden und der, Plicque 205.
Aortenerkrankung. Klinik der syphilit., Stadler 351.
Aortenlues. Röntgenuntersuchung der, Lippmann und Quiring 204.
Aortitiden und Aortenaneurysmen. Antisyphilit. Bhdlg. der, Plicque 205.
Blut v. Syphilitikern. Infektion v. Kaninchen mit, Liebermann 378.
*Blutes Syphilit. f. Kaninchen. Infektiosität des, Aumann 81.
Blutgefäße. Syph. d. Herzens u. der, Richter 204.
Blutserum nimmt komplementbindende Eigenschaften an. Ozonisiertes syphilitisches, Segale 241.
— Luetischer. Hemmung der Alkoholhämolyse dch., Schultz 243.
Hämorrhagien bei Syph. der Erwachsenen, Balzer u. Lamark 173.
Herzens u. d. Blutgefäße. Syphilis des, Richter 204.
Herzsyphilis, Bricourt 204.
Lymphangitis u. Perilymphangitis. Sekundärsyphilitische, de Aja 695.
Lymphomatose. Syph. und, Nanta 671.
Periphlebitis syph. faciei. Phlebitis und, Friboes 321.
Phlebitis syph. Sekundäre u. tert., Cutrone 122.
— u. Periphlebitis syph. faciei, Friboes 321.
— Sekundärsyphilitische Endoperi-, de Aja 696.
Raynaud-Symptome, wahrscheinlich auf syphil. Basis. Chron. verlaufende, Weber 539.
Serums. Verdauungsfähigkeit des Normal- und Lues-, Manoiloff 715.
Teleangiektasien b. e. Syphilit. Multiple, Brocq u. May 170.

H. Gelenke, Knochen, Muskeln.

Gelenkentzündung. Syph. Schanker am Daumen mit eitriger, Lebar u. Jourdanet 324.
Potti suboccipitale syphiliticum. Malum, Gilbert, Lippmann u. Brin 324.
Wadenmuskeln. Syphil. Geschwulst der, Lefebre 123.

I. Nervensystem.

Agraphie syphilit. Ursprungs. Motorische Aphasie m. vorübergehender, X. 209.
Aphasie m. vorübergeh. Agraphie syphilit. Ursprungs. Motorische, X. 209.
Fazialislähmung. Syphilit., Lowinsky 405.
Fazialisparalyse inf. Syphilis, del Mazo 114.
Hemiplegie bei frischer Syphilis, Renaux 210.
— im Frühstad. d. Syphilis, Schlüchterer 210.
Hirnlues n. Salv. Exitus inf. Rezid. von, Soprana 149.
*Hirnreaktion n. d. zweiten Salv.-Injekt. Syphilit., Pinkus 196.
Liquor cerebrospinalis bei Syphilis. Untersuchung des, Dreyfus 261.
— — b. e. Neurorezidiv. Spirochaeta pallida im, Nichols u. Hough 714.
Meningitis. Frühsymptom von syphil. Basal-, Audry 209.
— syph. acuta praecox, Achard und Desbouis 209.
— Knötchenförmige syphilit., Sugi 209.
Meningitische Reaktionen bei Syph., Jolivet 209.
Metasyphilitischen Erkrankgn. d. Nervensystems. Salv. bei syph. und, Donath 207, 208.
Myelitis syphil. m. Salv. bhdlt., Bonnet 208.
Nerven. Präzipitation der Globuline bei Syph. der, Bressot 208.
Nervenerkrankungen. Arsenikbhdlg. d. syphilit., Faure 208.
— Salvarsanfieber bei syphilit., Leredde 171.
Nervensyphilis. Bhdlg. der, Leredde 206.
Nervensystems. Salv. bei syph. u. metasyph. Erkrankgn. des, Donath 207, 208.
Nervöse Komplikationen nach Salvarsan, Astié 266.
Neurorezidive nach Salvarsan 266, 326, 517, 714.
Neurosyphilis postsalvarsanica, Covisa 114.
Paralyse. Salvarsan bei Tabes u. allgem., Pepy 265.
*Parasyphilis. Das Ende der, Pollitzer 525.
Parasyphilitisch. Nervenkrankh. Spezif. Bhdlg., Jadassohn 123.
Poliomyelitis ant. acuta bei Syphilis, Touchard u. Meaux Saint-Marc 603.
Psychische Störgn. bei Syphilis, Jallet 209.

Digitized by Google

Psychosen. Syphilitische, Barnes 208.
Pupillenstarre ohne Syphilis. Reflekt., Nonne 208.
Spinale Syph., De Renzi 95.
Tabes u. Trauma, Schultze 124.
— u. allg. Paralyse. Salvarsan bei, Pepy 265.
Tabischem Typus usw. Arthropathien v., Meaux Saint-Marc u. Gougerot 519.
Tabischer Natur. Malum perforans buccale, Balzer, Belloir u. Tarneaud 672.
Trigeminusneuralgie inf. Syphilis, del Mazo 114.
Zentralnervensystems. Diagnose u. Therapie der syphilogenen Erkrankungen des, Nonne 605.
Zerebrospinalflüssigkeit d. Syphilitiker. Chron. Leukozytosen der, Sézary 120.

K. Sinnesorgane.

Augenlids. Syph. Schanker des, Rollet u. Genet 180, Marbaix 711.
Iritis m. Salv. bhdlt. Syphilitische, Plonquet 205.
Oberlides. Syph. Schanker des, Gaucher u. Audebert 672.
Ohres. Häufigkeit der Syphilis des inneren, Rigaud 326.

L. Therapie.

Abortive Bhdlg. der Syphilis, Abulow 461.
Arsenikbehandlung der syphilit. Nervenerkrankgn., Faure 208.
Aurum kalium-cyanat. b. äußerer Tuberkulose u. Lues, Bruck u. Glück 710.
Behandlung der Syphilis im Lichte d. neu. Forschgn., Hübner.
— — — n. der Wasserm. Reakt. einrichten? Soll man die, Audry 124.
— Wasserm. Reaktion i. d. Syphilis-, Jeanselme u. Verner 244.
— i. d. Privatpraxis. Syphilis-, Austerweil 262.
— Komplikationen bei der Syphilis-, Schestopal 570.
— der Nervensyphilis, Leredde 206.
— parasyphil. Nervenkrankheiten. Spezifische, Jadassohn 123.
Enesol bei Syphilis, Thorel 176.
Frühbehandlung d. Syphilis. Salv. u. Hg i. der, Ettinger 263.
Graues Öl bei Syphilis, Domingo 58.
Hektargyre bei Syphylis, Mazzini 263.
Hektin bei Syphilis, Mazzini 263, Dudumi 603.
— bei syphilit. Hepatomegalie, Martin 263.
— Sek. Syphilide und, Bizzosero 33.
Initialsklerose. Bhdlg. der, Bizzozero 711.
Kontraluesin b. Syphilis, Schourp 234.
*Lipojodin bei Syphilis, Roth 613.
Mergal u. Wasserm. Reaktion, Gavini 263, ferner 113.
Nachbehandlung der Syphilis, Elder 263.
*Neosalvarsan bei Syphilis. Salv. und, Almkvist 41.
— ein ebenso gutes Antisyphilitikum wie Salv.? Ist, Krefting 150.
Quecksilber. Syph. Bhdlg. mit Salv. und, Audry 671.
— i. d. Frühbhdlg. d. Syphilis. Salv. und, Ettinger 263.
*— bei menschl. Syphilis. Atoxylsaures, Hügel 272.
— Ekzem n. Bhdlg. d. Syph. mit, Iwanow 379.
Quecksilbereinreibungen bei syph. Hepatomegalie, Martin 263.
Quecksilberfiebers bei Syphilis. Ursache des Salvarsan- und, Sasaki 518.
Quecksilbermischungen b. Syphilis. Hochkonzentrierte, Zieler 262.
Quecksilberpräparates. Bhdlg. d. Syph. per os m. eines neuen, Rebaudi 113.
Quecksilbersalze bei Syphilis. Unlösliche, Domingo 58.
Salvarsan bei Syphilis, Tribondeau 117, Török 124, Hofheimer 147, Moreau 264, Estrade 265, Dubois 265, Möller 713.
— Weitere Arbeiten über Salvarsan, Therapie nicht syphilitischer Krankheiten, Dosierung und Technik, Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen siehe Salvarsan I—IV.
— i. d. Luesprophylaxe, Roland 265.
*— u. Neosalvarsan bei Syphilis, *Almkvist 41, Duque 58.
— u. Quecksilber i. d. Frühbhdlg. d. Syph., Ettinger 263.
— — — Syph. Bhdlg. mit, Audry 671.
— auf Treponemen u. syph. Läsionen. Wirkg. des, Levaditi u. Twort 263.
— Reinfektion nach, Lacapère 172, Gastou u. Sanglier-Lamark 173, Milian u. Sauphar 324.
— Rezidive nach, Drevon 266, Malet 266, Gaucher 266, Gaucher, Gougerot u. Meaux Saint-Marc 433, Gaucher u. Lévy-Frankel 519.
— Schwere syph. Manifestationen nach, Beaumevieille u. Claret-Gap 148.
Salvarsanfiebers b. Syphilis. Ursache des Hg- und, Sasaki 518.
Salvarsan. Hörstörgn. nach, Desneux 266.
— Nervöse Komplikat. nach, Astié 266,

Digitized by Google

*Salvarsaninjektion. Syphilit. Hirnreakt. n. d. zweiten, Pinkus 196.
Salvarsan. Exitus inf. Rezidivs v. Hirnlues nach, Soprana 149.
— b. e. Syphilitiker. Synkope nach, Fradking 149.
— bhdlt. Syphilit. Iritis mit, Plonquet 205.
— — Myelitis syph. mit, Bonnet 208.
— bei syph. u. metasyph. Erkrankgn. des Nervensystems, Donath 207, 208.
— bei Tabes u. allg. Paralyse, Pepy 265.
— bei tert. syph. Erscheingn., Faure 265.
— Nierensyph. und, Marlot 265.
— Bhdlg. syph. Schwangerer mit, s. Syphilis II.
Schmierkur. Farblose, Schwenk 263.
Sublimateinspritzungen. Therapie mit intraven., Pozzilli 95.
Therapie d. Syphilide. Diagnose und, Jessner 61.
— u. Wasserm. Reaktion. Antisyphilit., Parent 244.
Volksmittel bei Syphilis, Bogrow 462.

II. Erbsyphilis.

Alopecia areata bei Heredosyphilitischen, Terzaghi 113.
*Aortitis auf Basis e. kongen. Lues, Lippmann 213.
Blut bei hered. Syphilis, Sevestre 203.
Colles' Gesetz, Montesano 517.
— — Wasserm. Reakt. und, Gioseffi 202.
— u. Profetas Gesetze. Urteile auf Grund der Wassermannschen Reakt. über, Cronquist 111.
Epitheliale Überkleidg. der Heredo-Syphilitischen, Terzaghi 518.
Frühgeborenen u. ihre Beziehg. z. Erbsyphilis. Zukunft der, Detré 202.
Genu valgum. Merkurielle Bhdlg. bei Klumpfuß und, Audrain 171.
Hämoglobinurie u. hered. Syphil. Infant. paroxyst., Rault 202.
Hereditäre Lues. Ekzem b. Säugling und, Pied 331.
Heredität. Verbreitung der Syph. im Organismus durch direkt. Kontakt u. in der, Campana 407.
Heredosyphilitischen mit Syphilis. Infektion eines, Gastou 173.
Keratitis. Quecksilberbhdlg. bei interstit. hered.-syphilit., Brunet 205.
— interstitialis m. Salvarsan. Bhdlg. der, Vandegrift 205.
Klumpfuß u. Genu valgum. Merkurielle Bhdlg. bei, Audrain 171.
Knochen. Hered. Spätsyph. der langen, Benazet 203.
— bei hered. Syphilis. Hyperostosen der langen Röhren-, Lévy-Bing u. Duroeux 520.
Konzeption. Lues u., Sfameni 71.
Littlesche Krankheit. Hered. Syph. und, Babonneix u. Tixier 239.
Merkurielle Bhdlg. bei Genu valgum und Klumpfuß, Audrain 171.
Nabelschnurenentzündung u. Syph., Simmonds 122.
Profetas Gesetze. Urteile auf Grund d. Wasserm. Reakt. über Colles' und, Cronquist 111.
Quecksilberbehandlung b. interstit. hered-syph. Keratitis, Brunet 205.
Salvarsan bei Erbsyphilis, Fabre und Bourret 203.
— bei Kindersyphilis, de Aja 115.
— Bhdlg. d. Kerat. interst. mit, Vandegrift 205.
— bei d. schwangeren Frau u. b. Säuglingen z. Bhdlg. d. hered. Syphilis, Scoffier 265.
— b. syphilit. Schwangeren, Sauvage 266, Jeanselme 323.
Schilddrüsenveränderungen bei hered. Kindersyphilis, Schiron 596.
Schwangerer m. Salvarsan. Bhdlg. syphilitischer, Jeanselme 323, Sauvage 266, Scoffier 265.
Serumdiagnostik bei kongenit. Lues, Stiner 96.
Syphilis. Postkonzeptionelle u. hereditäre, Bobrie 180, 678.
— Prognose der kongenitalen, Marcus 600.
Taubstummheit u. Syph., Beck 148.
Thymusdrüse b. kongen. Lues. Entwicklungsstörung der, Ribbert 202.
Wassermannsche Reaktion und Erblues, Gioseffi 202.
— — b. d. Diagnostik d. Erbsyphilis, Andronesco u. Saratzeano 203.
Wassermannschen Reaktion üb. Colles' u. Profetas Gesetze. Urteile auf Grund der, Cronquist 111.
Syringadenoma papilliferum, Werther 430.
Syringozystadenom 421.

Talagie. Livedo annularis b. e. Kranken m. blennorrh., Balzer u. Landesmann 672.
Teer-Chrysarobinbäder 696.
Teerpuder 406.
Temperaturmessungen in beiden Achselhöhlen usw., Zalewski 72.
Tetrodotoxin a. die Miktion u. Enuresis nocturna. Einfluß von, Inouye 66.

Digitized by Google

Thallium-Alopezie. Exper. Untersuchgn. über, Pochlmann 404.
Therapeutische Revue, Joseph 234.
Therapie. Dermatologische, McMurtry 541.
Thiosinaminvergiftungen, Ijiri 602.
Thorium X i. d. Dermatologie, Wagner 30.
— i. d. Biologie u. Pathologie, Plesch, Karczag u. Keetmann 68.
— Heilung von Hautsarkomatose durch, Herxheimer 354.
Tierexperimentelles Scharlachfieber, Cheinisse 682.
Tinea cruris 375.
— flava 375.
— imbricata 375.
— nigra 375.
Toxidermien. Alterationen d. Lymphgefäßnetzes und, Audrain 323.
Transplantation. Methodik und prakt. Bedeutg. der, Enderlen 631.
— d. Ureteren i. d. Rektum, Pavloff 40.
— s. Haut-, Hautepidermistransplantat.
Trichomykosis flava, rubra et nigra der Achselgegenden, Castellani 235, 374.
— nigra 235, 374.
— rubra 235, 374.
Trichophyton asteroides gypseum 87.
Trichoschisis, Hoffmann 112.
Trichostasis spinulosa, Nobl 403.
Triphenylstibinsulfid 162.
Tripper beim Weibe, Glasgow 67.
— Balsamika beim, Ribollet 239.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhöe, Gonorrhöe.
*Trippers und ihre häufigsten Fehler. Behandlung des, Veress 302.
— Interne Bhdlg. des, Klimeck 578.
— Ionisationsbhdlg. des, MacMunn 63.
— m. Virusvakzine. Bhdlg. des, Cruveilhier 578.
— Hämorrhag. Sepsis im Verlaufe eines, Thévenot u. Michel 574.
Tripperbehandlung beim Weibe, Markus 67.
Tripperphylakogen 574.
Tripperrheumatismus. Tripperphylakogen bei, Kretschmer 574.
Trockenbehandlung gewisser nässender Dermatosen, White 199.
Tropen. Hyphomyzeten u. Pathologie d., Castellani 612.
Tuberculosa s. Meningitis, Pyonephrosis.
Tuberkel in einer Niere. Fünf, Marion 436.
Tuberkelbazillen z. Diagnose d. Nierentuberkulose. Nachweis der, Kielleuthner 116.
— i. d. Plazenta. Lepra- und, Sugai u. Mononobe 602.
Tuberkulid. Papulöses nekrotisierendes, 147.
— Subkutanes, 373.
Tuberkulin. Salvarsan-, 984.
— f. d. gesunden Organismus ungiftig? Ist das, Geibel 709.
— b. Tbk. d. Harnwege, Bartrina 348.
— bei Lupus vulgaris, Krüger 710.
— Bhdlg. der Nierentuberkulose mit, Motz 39.
— b. chirurg. Urogenitaltbk., Whiteside 411.
Tuberkuline. Vergleichende Therapie der Kochschen, Campana 407.
Tuberuklinbehandlung bei Lepra, Yamamoto 115.
Tuberkulöse Ansteckg. d. Stichöffnungen beim Ohrringstechen 128.
— Elefantiasis, Chabé 707.
— Gummata u. Ulzerationen d. Haut, Gougerot 707.
— Meningitis, Campana 407.
— schankriforme Läsion d. Oberlippe, Pautrier u. Fernet 174.
Tuberkulösen. Orthostat. Albuminurie d., Hinze u. Sorin 498.
Tuberkulöses Geschwür d. Zunge. Primäres, Gerschun 707.
Tuberkulose der Haut, Lewandowsky 705.
— Boecksches Sarkoid bei Allgemein-, Stümpke 456.
— Erythema induratum mit, Weber 673.
— Erythema nodosum, Rheumatismus u., Martinotti 679.
— und Herpes zoster, Bornardeau 660.
— Purpura bei chron. Lungen-, Cruice 657.
— Purpura bei, Monnot 657.
— Multiples benignes Sarkoid d. Haut u., Wolfheim 119.
— Psoriasis und, Audry 432, Petges u. Desqueyroux 670.
— usw. Zirkumskripte Indurat. d. Corpora cavernosa infolge, Campana und Garibaldi 408.
— des Nebenhodens. Chirurg. Bhdlg. d., Cifuentes 491.
— d. Penis, Gastou und Gonthier 173.
— d. Prostata, Goetzl 518.
— in Harn- und männl. Geschlechtsorganen. Experimente über den Ausbreitungsmodus der, Sugimura 386, Nachtrag 386.
— d. Harnwege. Tuberkulin b., Bartrina 348.
— Inkontinenz der Harnwege bei, Chichmaniau 387.
— e. anomalen Niere, Dobrotworsky 345.

Digitized by Google

Tuberkulose u. orthostat. Albuminurie. Renale, Castaigne 498.
— Albumosurie bei, Dietschy 499.
— und Lues. Aurum-kaliumcyanat. bei äußerer, Bruck und Glück 710.
— s. Genital-, Haut-, Nieren-, Urogenitaltuberkulose.
Tuberkulosen. Interne Behandlung der, Abadie 672.
Tuberkulosebehandlung. Probl. d. spezif., Lévy 709.
Tuberkulosekranker. Histolog. Befunde in der Plazenta Lepra- und, Sugai und Monobe 547.
Tuberkulotischen Erkrankungen. Bhdlg. der chirurgisch, Mandl 706.
Tuberosis cutis pruriginosa 92.
Tumor der Blase v. synzytialem Bau. Maligner, Blecher u. Martins 674.
Tumoren mit Hochfrequenzströmen. Behandlung endovesikaler, Bertolotti u. Ferria 488.
— s. Blasentumoren, Geschwülste, Neubildungen.
Typhus abdominalis. Psychosen bei, Bochat 652.
— Erytheme bei, Gandolin 652.
— exanthematicus. Ätiolog. d., Lévy 702.
— — Prophylaxe des, Bertarelli 703.
— — s. Fleckfieber, Flecktyphus.

Überempfindlichkeit s. Arsenüberempf.
Ulcera varicosa. Radiumbehandlung der, Sierra 696.
Ulcus cruris varicosum und Syphilis, Zinsser und Philipp 31.
— molle mit Azetozone. Behandlung d., Janschek 569.
— — am Penis, Megowozian 570.
— rodens, Sequeira 90.
— — morpheiforme, Crocker und Pernet 119.
— — in ungewöhnl. Form, Sequeira 376.
Ulerythema sykosiforme, Heller 319.
Ulzerationen 73, 103.
Urachus. Offener, André u. Boeckel 37.
Ureosekretorische Konstante, Legueu 674.
Ureteren. Akzessorische, Bonnaud 545.
— Doppelte, Le Brun 544.
— i. d. Rektum. Transplantation der, Pavloff 40.
Ureters nähen? Soll man die Inzisionen des Nierenbeckens und des, P. Bazy und L. Bazy 36.
— Prolaps des, Zdanowics 40.
— Steine d. Blase u. d., Vuillet 175.
— durch eine Dünndarmschlinge. Ersetzg. des, Melnikoff 348.
— Kongenit. Striktur des, Kahn 495.
Ureterenchirurgie. Arbeiten über, Wagner 239.
Ureterenkatheterismus bei offener Blase, Marion 38.
— durch direkte Zystoskopie, Ferron 347, ferner 116.
Uretersonden. Vorschieber f., Bazy 370.
Ureterstein, Gyselynck 495.
Ureterstrikturen bei Frauen, Furnin 495.
Urethra. Ableitung des Urins bei plast. Operationen der, Cholzoff 58.
— uns. Kranken und ihre Hoden. Respektieren wir das Zylinderepithel der, Janet 176.
— Traumatische Ruptur der, Süssenguth 464.
— Prolaps der, Hammond 545.
Urethrae b. Urethritis u. Urethroprostatitis. Länge d. Pars posterior, Lohnstein 258.
— Pollakiurie infolge Enge des Meatus, Ducastaing 347.
Urethralfisteln usw. Ableitung d. Urins bei, Cholzoff 58.
Urethralkarzinom. Primäres, Ottow 261.
Urethralsteine, Britneff 59.
Urethritiden, Roucayrol u. Renaud-Badet 175.
— Präzise Diagnose bei, Janet 348.
Urethritis. Länge der P. post. urethrae bei, Lohnstein 258.
— Argyrol und Argyl i. d. Bhdlg. der blennorrh., de Aja 65, 114.
— blennorrhagica m. Antimeningokokkenserum. Bhdlg. der, Salle 177.
— ant. mit Aspiration. Bhdlg. der, Bronner 349, 676.
— Harnröhrendränage bei der Behandlg. chronischer, Persson 443.
Urethroplastik mittels Schleimhaut, Tanton 58.
Urethroprostatitis. Länge der Pars post. urethrae bei, Lohnstein 258.
Urethrorektalen Fisteln. Autoplastik bei schweren, Michon 37.
Urethroskop. Neues Operations-, Greenberg 442.
Urethroskops. Modifikation des Goldschmidtschen, Jacoby 260.
Urethroskopie. Hintere, Palazzoli 40.
Urethrotomie 464.
— Abusus der internen, Cathelin 464.
Urin. Quantitative Eiweißbestimmung im, 497.
Urins. Bedeutung einiger Bestandteile d., Ogden 499.
— bei Urethralfisteln, plast. Operationen d. Urethra u. phagedän. Geschwüren. Ableitung des, Cholzoff 58.
Urininfektion 1909—1912. Lehre v. d., Goldberg 409.

Digitized by Google

Urininkontinenz n. spontaner Ausstoßung eines Blasensteines, Babes u. Capitolin 676.
Urinintoxikation b. intraperit. Harnblasenruptur, Oehlecker 467.
Urinrentention durch einen in die Harnröhre eingeklemmt. Stein, Fabre 350.
Urinseparation. Transitorische Albuminurie, hervorgerufen durch intravesikale, Cocco 498.
Urinvergiftung. Diagnose u. Bhdlg. der, Perez-Grande 58.
Urogenitaltuberkulose b. Weibe. Aszendierende, Sugimura 386.
— i. d. pathol. anat. Statistik, Uchimura 409.
— Tuberkulin bei chirurg., Whiteside 411.
Urologie. IV. Kongr. d. Deutschen Ges. für, 40.
— Zeitschrift für, 500.
Urosekretorischer Koeffizient. Sphygmorenaler und, Martinet 174.
Urtica solitaria, Vörner 231.
Urticaria bullosa b. e. Säugling, Sequeira 673.
— perstans papulosa. Histologie der, Krzysztalowicz 33, 483.
— — annulata et gyrata (?), Pringle 146.
Urtikaria s. Salvarsan IV.

Vakzine s. Antiblennorrhoische, Gonokokken-, Infektions-, Virusvakzine.
— geheilt. Lichen planus diff. mit autog., Hutchins 91.
— Ätiol. Beziehungen zwischen Variola und, Carrière 704.
Vakzinebehandlung der Variola, Teissier und Marie 703.
Vakzinediagnose der Blennorrhöe. Vakzinetherapie und, Guggisberg 65.
Vakzinetherapie d. blennorrh. Erkrankgn., Gerschun und Finkelstein 65.
— u. -diagnose d. Blennorrhöe, Guggisberg 65.
Vakzinotherapie, Serkowski 33, 484.
— blennorrh. Komplikationen, Papée 64.
Varicosa s. Ulcera.
Varikösen Phlebitis. Bhdlg. d., Alzieu 382.
Variköser Geschwüre. Hautgummata v. Aspekt, Basail 115.
Varikozelenoperation, Wolf 491.
Variola. Vakzinebhdlg. der, Teissier u. Marie 703.
— mit Jodtinktur. Bhdlg. der, Newell 704.
— und Vakzine. Ätiologische Beziehgn. zwischen, Carrière 704.
— s. Pocken, Blattern.
Variolaserum. Passive vakzinale Immunität durch intravenöse Injektion von, Teissier, Gastinel u. Marie 705.
Varizellen. Herpes zoster und, Heim 702.
— s. Windpocken.
Venerische Erkrankungen 61.
— Geschwüre usw. Extragenitale u. perigenitale, de Napoli 284.
— Infektionen. Prophylaktikum gegen, Ullmann 112.
— Krankheiten und Prostitution. Syph., Chéry 609.
Venerischer Geschwüre auf inguinale Epidermophytie. Inokulation, de Napoli 284.
Venerisches Geschwür. Extragenitales, Gravagna 112.
Verbrennungen. Bhdlg. der, Lieber 657.
*Verbrennungstodes. Toxische Lehre i. d. Pathogen. des, Ferrarini 335, 360.
Vergiftungen. Veränderungen des Chemismus der Haut bei verschiedener Ernährg. und, Luithlen 610.
Verrucae planae. Magnesia usta bei, Petges 355.
*Vioform in der Dermatologie, Hochstätter 282.
Virilact 112.
Virusvakzine. Bhdlg. des Trippers mit, Cruveilhier 578.
Vulvitis. Urämische, Bailleul 546.

Wanderniere beim Weibe. Dislozierte u., Cuthbertson 147.
— und Appendizitis, Hourtoule 174.
— mit X-Strahlen. Untersuchung der, Alexander 238.
— Hämorrhagie i. e., Caspari 347.
Warzen. Anatomie d. Ekz. seborrh. u. d. seborrhoischen, Kreibich 403.
— Behandlung der, 355.
— Elektrizität bei, Nahan 355.
— durch physikalische Therapie. Bhdlg. der senilen, Sierra 177.
— s. Verrucae.
Wasserglas. Ätzgeschwüre nach, Perutz 659.
Wassermann. Raynaudsche Krankheit m. positivem, Gaucher, Gougerot und Meaux Saint-Marc 433.
Wassermannsche Reaktion im Blutserum nicht syphilitischer Kaninchen, Cahaterra 240.
— — bei Lepra. Salvarsan und, Peyri 696.
— — d. Blutes Lepröser, Spindler 234.
— — bei Pellagrösen, Maj 655.
Wien. Ätzendes über, Maverick 715.
Windpocken. Zytologische Beobachtgn. b., Mensi 702.
— s. Varizellen.

Digitized by Google

Wundbehandlung. Mastisol in der, Suter 70.
Wundnahttechnik, Oppenheim 631.

Xanthelasma der Augenlider, van Lint und Steinhaus 381.
Xanthoerythrodermie 694.
Xanthom m. sekund. Keloiden. Dissem., Legendre, Joltrain und Lévy-Franckel 381.
— d. vord. Temporalgegend 381.
Xanthoma 93.
— tuberosum multiplex mit osteo-arthrit. Veränderg., Mac Leod 145.
— pseudiabeticorum lymphaticum, Lebedeff 199.
Xeroderma pigmentosum. Spätstadium v., 146.
— — „Forme fruste" von, 324.
— — tardivum, Brault 672.
X-Röhre. Lilienfeldsche, Goldmann 542.
X-Strahlen. Untersuchg. der Wanderniere mit, Alexander 238.

Yohimbins. Wirkung des, Fritsch 71.

Zerebrospinalflüssigkeit. Entnahme von, 127.
— abgeschieden? Wird Hg in die, Lazarew 262.
Zinkperhydrol, Brodfeld 71.
— Heilung eines Malum perforans durch, Müller 680.
Zoster. Spontane Ekchymosenbildung b., Gaztelu 660.
Zoster s. Herpes zoster.
Zunge s. Mykose, tuberkul. Geschwür.
Zungenkrebs bei Epidermolysis bullosa, Klausner 599.
Zysten s. Harnblase.
Zystenniere. Darmverschluß durch eine, van Bisselick 174.
Zystitiden mit Gomenol. Bhdlg. d., 675.
Zystitis colli proliferans s. vegetativa. Pathologie und Therapie der, Goroditsch 345.
— Polypenbildg. a. Orif. urethrae der Harnblase bei, Hertle 545.
— bei Scharlach, Ducastaing 675.
— blennorrh. bei einer Schwangeren, Jaeger 67.
— — Zystopurin bei Blennorrhöe und, Walz 66.
— Endoskop. Bhdlg. einer chron. inkrustierenden, Martin 465.
— mit Joddämpfen. Bhdlg. der, Farnarier 176.
Zystopurin, Krebs 258.
— bei Blennorrhöe und Zystitis blenn., Walz 66.
Zystoskop. Lampenmodifik. am Operations-, Lohnstein 260.
Zystoskops. Fixierung des, Marion 675.
Zystoskopie 1906—1912. Jacobi 518.
— bei Blasensteinen, Marion 675.
— Blasensteine und direkte, Ferron 675.
— Ureterenkatheterismus durch direkte, Ferron 347.
Zystoskopische Irrtümer, Weiß 260.
Zystotomia suprapubica 466.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abadie, Ch., Interne Behdlg. der Tuberkulosen 672.
— J., Petges, G., u. Desqueyroux, J., Sensorisch-motorische Polyneuritis mit Geistesstörg. n. einer Salvarsaninjektion 327.
Abdulow, Zur Frage d. Behdlg. der blennorrh. Erkrankungen mit Antigonokokkenserum 64.
Abelin s. Kolle.
Abels, Hans, Über Harnblasenerkrankungen bei kleinen Mädchen durch bisher nicht beobachtete Fremdkörper 465.
Abulow, Zur Frage der abortiven Behandlung der Syphilis 461.
Achard u. Desbouis, Meningitis syphilitica acuta praecox 209.
Adamson, H. G., Fall von Akne skrofulosorum (papulöses nekrotisierendes Tuberkulid) mit episkleralem Tuberkel 147.
— Drei Fälle von „Darier-Roussyschem subkutanem Sarkoid" (oder subkut. Tuberkulid) 373.
— Fall von Akne urticata (neurotische Exkoriationen — Einzeltypus) 374.
— Eine Diskussion über Erythema multiforme 376.
— Zwei Fälle von Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi) od. Aknekeloid 376.
— Fall von Sporotrichosis vom Typus des disseminierten, ulzerösen Gummas im Verein mit akuter Synovitis 376.
— Ein Fall von Blastomykosis vortäuschender Sporotrichosis 458.
Adler, Ernst, Über „Pixspor" (Teerpuder) 406.
Ahlfeld, H., Handschuhverletzungen u. Händedesinfektion 468.
de Aja, Alvarèz Saint, Das Argyrol und das Argyl in der Behdlg. der blennorrh. Urethritis 65, 114.
— Das Salvarsan bei Kindersyphilis 115.
de Aja, Alvarèz Saint, Sekundärsyphilitische Lymphangitis u. Perilymphangitis 695.
— Sekundärsyphilitische Endoperiphlebitis 696.
Akutsu, S., Okoshi, T., u. Nakagawa, Y., Beziehgn. zwischen den Salvarsaninjektionen u. d. Wassermannreaktion 518.
Albi, Rafael Bover, Über Lepra und ihre Prophylaxe in Spanien spez. in der Gegend des Ostens 697.
Aleixo, Antonio, Dermatoneurosen im Verlauf von Lungentuberkulose 403.
Alexander, Ein Fall von Lepra anaesthetica 547.
— Béla, Die Untersuchg. d. Wanderniere mittels X-Strahlen 238.
Alfès, A., Beitrag z. Kenntnis d. Sklerodermie beim Kinde 383.
Almkvist, J., Weitere Untersuchungen über die Pathogenese der merkuriellen Kolitis und Stomatitis 30.
*— Über die Bedeutg. des Salvarsans und Neosalvarsans bei der Behandl. der Syphilis 41.
*— Über Syphilis m. verstecktem Primäraffekt 190, ferner 444.
Alpago-Novello, L., s. Volpino.
Alvisi, Ezio, Wässeriger Extrakt aus verdorbenem Mais als diagnost. Mittel bei Pellagra 653.
— Die Meiostagminreaktion bei Pellagrösen 655.
Alzieu, Ulysse, Über variköse Phlebitis und ihre chirurg. Behdlg. 382.
d'Amato, V., Handbuch der dermosyphilopathischen Pathologie u. Therapie z. Gebrauche v. Ärzten und Studenten. Bd. I, Teil I, Venerische Erkrankungen 61.
Ambard, L., Zum Aufsatz von Balavoine und Onfray betreffend die Harnstoffausscheidungskonstante 499.

Digitized by Google

de Amicis, Arturo, Ein typischer Fall von Impetigo herpetiformis gravidarum (Hebra) 285.
— Ein seltener Fall von Syphilis erythematosa nigricans 516.
Ando, A., s. Matsumoto, Sh.
André, Resultate von 67 Nephrektomien wegen Nierentuberkulose 676.
— P., u. Boeckel, André, Fall von offenem Urachus 37.
Andronesco, Eugen, u. Saratzeano, F., Wert der Wassermannschen Reaktion in der Diagnostik der Erbsyphilis 203.
Andrjuschtschenko, Einige b. Besuch der urolog. Anstalten Paris und Berlin wie der Klinik von Prof. Lesser in Berlin gewonnene Eindrücke 462.
Anglada, Jean, Doppelseitige polyzystische Niere 436.
Anschütz, Germán, Der Coitus interruptus als Ursache von Sexualneurasthenie 178.
Aoki, T., Methode der Ausstrichkulturen beim Studium v. Epidermispilzen 116.
Araujo, Silva, s. Terra.
Armand-Delille u. Launoy, Der Gebrauch der durch Formol stabilisierten Blutkörperchen bei der Wassermannreaktion 95.
Arndt, Akanthosis nigricans 167.
Arnozan (Bordeaux) 268.
Arzt, L., u. Kerl, W., Über die Verwertbarkeit der Freund-Kaminerschen Reaktion 330.
— — Z. Kenntnis d. parasitotropen Wirkung des Atoxyls u. Neosalvarsans 631.
Ascher, L., s. Werner.
Askanazy, M., Zur Klinik u. Pathologie des metast. Krebses der Haut, im bes. des Hautnervenapparates 352.
Asnaurow, Felix, Der Selbstmord auf sexueller Basis 410.
Astié, R. F. G., Über die nervösen Komplikationen im Verlaufe der Behdlg. der Syphilis mit Salvarsan 266.
Audebert s. Gaucher.
Audrain, Alterationen d. Lymphgefäßnetzes und Toxidermien 323.
— J., Wirksamkeit der merkuriellen Behdlg. bei Klumpfuß u. Genu vulgum 171.
Audry, Ch., Soll man die Behdlg. der Syphilis nach der Wasserm.-Reaktion einrichten? 124.
— Ein kleines Frühsymptom von syphilit. Basalmeningitis 209.
— Salvarsan u. Hämoptyse. Psoriasis u. Tuberkulose 432.
— Die unmittelbaren Resultate der Syphilisbehdlg. mit Salvarsan u. Quecksilber 671.
*Aumann, Weiteres üb. die Infektiosität des Blutes Syphilitischer f. Kaninchen 81.
Austerweil, L., Über die Frage der Syphilisbehdlg. in der Privatpraxis u. d. heutigen Standpunkt 262.
Austin, Cecil Kent, Neuere französische Fortschritte in der Erkenntnis der Nierenkrankheiten 497.
de Azúa, Juan, Pemphigus foliaceus. Behdl. mit Salvarsan 114, 153.
— Pelade und Syphilis 115.
— Acanthosis nigricans (Dystrophia papillaris et pigmentaria Darier) 695.

Babcock, J. W., Seit wann existiert die Pellagra in den Vereinigten Staaten von Amerika? 652.
Babes, A., u. Capitolin, P., Urininkontinenz nach spontaner Ausstoßg. eines Blasensteines 676.
Babonneix, L., u. Tixier, L., Hereditäre Syphilis und Littlesche Krankheit 239.
Bach, A., u. Marganovitch, V., Beitrag z. Studium der Symptome der Phenolasewirkung 649.
Bachmann, Robert A., Spastische Paraplegie, zwei Monate nach intravenöser Salvarsaninjektion 603.
Bachrach (Frankfurt a. M.), Kasuistischer Beitrag z. Kenntnis des Lichen nitidus 456.
Bailleul, Julien, Die urämische Vulvitis 546.
Bainbridge, William Seaman, Intestinalstauung in Beziehg. zur Krebsätiologie und -prophylaxe 330.
Bakalejnik 596.
Baliña, Pedro L., Über zwei Fälle von Purpura annularis teleangiectodes (Majocchi) 178.
— Erwachsener mit Syphilis von 18 Monaten, welcher wahrscheinlich einen neuen Schanker akquiriert hat 178.
Ballowitz, E., Die chromatischen Organe in der Haut von Knochenfischen 579.
Balzer, F., u. Belloir, Sekundäre Spätsyphilide 324.
— — Glatte Pigmentnävi oder „forme fruste" von Xeroderma pigmentosum 324.
— — Elefantiasis syphilitica der Oberextremität 434.
— — Fall von Hemisporose 435.
— — u. Lamare, Pigmentsyphilis mit Ekzem der Hautfalten 322.
— — u. Tarneaud, Malum perforans buccale tabischer Natur 672.

Digitized by Google

Balzer, F. u. Lamare, Fall von Morphea alba 171.
— — Hämorrhagien bei Syphilis der Erwachsenen 173.
— — Elefantiasis des Gesichts nach Erysipel 325.
— u. Landesmann, Livedo annularis bei einem Kranken mit blennorrh. Talalgie 672.
Bang, Henrik 612.
Barcat u. Duhamel, Behdlg. einer Ranula mit Radiotherapie 324.
Barker, J., u. Estes, W. L., Familiäre Hämatoporphyrinurie und ihr Zusammenhang mit chron. gastro-duodenaler Dilatation, eigentümlichen Anfällen u. akuter Polyneuritis 544.
Barnabo, Valentino, Weiteres zur Resektion des Hodens 490.
Barnes, Francis M., Syphilitische Psychosen 208.
Barret, J. W. 238.
Barringer, B. S., Einseitige Nierenblutung gestillt durch Injektion menschlichen Blutserums 496.
Barton, Wilfred M., Die ekchymotische Hautreaktion oder erworbene Pseudohämophilie; Sicards Symptome 655.
Bartrina (Barcelona), Tuberkulin bei Tuberkulose der Harnwege 348.
Basail, C., Regionäre Lokalisation von tertiär-syphilitischen Läsionen. Hautgummata vom Aspekt variköser Geschwüre 115.
Batte, L., Die ärztliche Überwachung der Prostituierten in Paris 1911 608.
Bauch, J. L., Ein (durch Jodkali hervorgerufener?) Fall von Erythema Iris 673, ferner 146.
Baufle, P., s. Moure.
Bayer, R., Ein peritheliomartiger Tumor der Glutäalgegend 381.
Bayet, Gegenwärtiger Stand der Kenntnisse über Neosalvarsan 329.
Bayon, H., Eine vergleichende exper. Untersuchung betreffs der Leprakulturen von Clegg, Duval, Kedrowsky, Rost und Williams 549.
— Demonstration von Präparaten, welche Bezug haben auf die Übertragung von künstlichen Kulturen von Leishmania infantum auf Mäuse und Ratten 607.
Bazy, Louis, Mechanischer Vorschieber für Uretersonden 350.
— Frühzeitige Diagnose u. Operation bei Nierentuberkulose 675.
— s. auch Bazy, Pierre.
— Pierre, u. Bazy, Louis, Soll man die Inzisionen des Nierenbeckens und des Ureters nähen? 36.
Béal, Léon, Malum perforans buccale 383.
Beatty, Wallace, Ein Fall von norwegischer oder Krusten-Krätze 457.
Beaumevieille und Claret-Gap, Schwere syphilit. Manifestationen n. intravenöser Salvarsaninjektion 148.
Beck, Karl, Untersuchgn. z. Frage nach der Entstehg. d. Taubstummheit durch die Syphilis 148.
Beebe, Theodore Chapin, Klin. Erfolge mit flüssiger Luft 59.
Beer, Edwin, Die Behdlg. gutartiger Papillome der Harnblase mit dem durch ein Ureterenzystoskop eingeführten Oudin-Hochfrequenzstrom 260, 488.
Belák (Budapest), Über die diagnost. Bedeutg. der Döhleschen Leukozyteneinschlüsse 700.
Belfield, William T., Einige Ursachen der Sterilität u. Impotenz beim Mann 489.
Bell, A. B., Beobachtgn. üb. Skarlatina, Diphtherie u. Masern im Contagious Hospital zu Cincinnati 681.
Belloir s. Balzer.
Belot s. Pautrier.
Bénard, Henri, s. Gilbert.
Benazet, Edouard, Über die hereditäre Spätsyphilis der langen Knochen beim Kind und bei jungen Leuten 203.
Bendix, Kurt, s. Ledermann, ferner 430.
Bengelsdorff, H. Th., Über das Dispensieren von Oleum cinereum in Ampullen 234.
Bergell, Peter, Zur Harnanalyse 499.
*Bergmann, Anton, Zwei Fälle von Cornua cutanea in systemat. Naevi sebacei 427.
Bering, Fr., u. Meyer, H., Experimentelle Studien über die Wirkung des Lichtes 627.
Bernardot, P., Syphilis, Salvarsan, Neurorezidiv, Neosalvarsan. Schwere Intoxikation 326.
— Syphilis, Salvarsan, Intoxikation, Tod 328.
Bernhardt, Robert, Die Behdlg. des Lupus vulgaris n. der Methode von Herxheimer-Altmann 34, 484.
Bernstein, J. 570.
Bertarelli, C., Über die Wassermannsche Reaktion u. ihre Technik 211.
— E., Neue Bestätigungen u. neue Zweifel über die Ätiologie der Pellagra 653.
— Die Prophylaxe des Typhus exanthematicus 703.
Bertolotti u. Ferria (Turin), Die Be-

Digitized by Google

handl. endovesikaler Tumoren mit auf zystoskopischem Wege angewendeten Hochfrequenzströmen 488.
Bettmann, Die Mißbildungen der Haut 522.
de Beurmann u. Gougerot, Sporotrichosis dermica (verrucosa) et Sporotrichosis epidermica 118.
— — Die pathogenen Sporotrichumpilze. Botanische Klassifikation 580.
— u. Labourdette, Lepra nervosa 547.
— Ramond, L., u. Larroque, Lepra tuberculosa, Riesenwuchs und Akromegalie 552.
Bierhoff, Frederic, Über die sogenannte „Page Bill" des Staates New York 60.
— Weitere Berichte üb. die sanitäre Kontrolle der Prostitution in einigen europäischen Städten 608.
— Geschlechtskrankheiten, ein sanitäres und soziales Problem 608.
Bilhaut sen., M., Frühzeitige Operation bei Krebs 677.
Binet (Nancy), Behdlg. des Erysipels mit Jodtinkturpinselungen 179.
van Bisselick, J. W., Akuter Darmverschluß durch eine Zystenniere 174.
Bitschounsky, Heléne, Leukoplakia vulvae 546.
Bizzozero, Enzo, Sekundäre Syphilide und Hektin 33.
— Über die Parapsoriasis en plaques 284.
— Über die Behdlg. der Initialsklerose 711.
Blackett, J. F., Scharlachmasern 700.
Blaschko, A., Hygiene und Rechtsprechung 148.
— Ekzema folliculare 318.
Blecher u. Martius (Darmstadt), Über einen Fall von malignem Tumor der Blase von synzytialem Bau 674.
Bloch (Beuthen), Ein Merkblatt der schlesischen Ärztekammer 486.
— Bruno 356, 612.
— Iwan, Die Prostitution 437.
Blumenthal, Psoriasis d. r. Hand 86.
— Erythema induratum 86, ferner 89.
Bobric, Jean, Studie über die postkonzeptionelle u. die hered. Syphilis 180, 678.
Bochat, Wilhelm, Über Psychosen im Verlaufe von Typhus abdominalis u. Erythema multiforme exsudativum 652.
Bodineau s. Hudelo.
Boeckel, André, s. André, J.
Boehncke, K. E., Die Beeinflussung der Intensität der Immunkörperbildg. durch das Salvarsan 626.
Boer, R., Über Hexal bei Blennorrhöe und deren Komplikationen 406.
Bogrow, Zur Frage der Paraurethritis bei Frauen 60.
— Nochmals von den geheimen Volksmitteln bei Behdlg. der Syphilis 402, ferner 373.
Boikow, Zur Frage des Einflusses des Ehrlichschen Präparates auf das Knochensystem 201.
Bolaffi, Aldo, Bedeutg. der epidermoidalen Entwicklung bei einigen Blasenkrebsen 489.
Bonamy u. Dartigues, Operationstechnik der äußeren Genitalplastik b. Manne 411.
Bongartz, H., Sind die Einschlüsse in den polynukleären Leukozyten bei Scharlach als pathognomonisch zu betrachten? 700.
Bonnaud, L., Akzessorische Ureteren beim Menschen 545.
Bonnet, L. M., Myelitis syphilitica, mit Salvarsan behandelt 208.
— Lepra 553.
— Physiologische Pigmentierung der Schleimhaut 579 (bis).
Bordoni, F., s. Volpino.
Bormann, Sporotrichosis 198.
Bornardeau, Tuberkulose und Herpes zoster 660.
Boruchowitsch, Fall von Pendinschem Geschwür 59.
Bosellini, L., Über die Gesichtspunkte, denen man beim Studium der Dermatologie folgen soll 715.
Bottler, Rudolf, Über die Brauchbarkeit von Rinderherzextrakten mit Cholesterinzusatz bei der Wassermannschen Reaktion 602.
Boulud, R., Moderne Methoden zur Bestimmung der Niereninsuffizienz 349.
Bourdeau s. Gougerot.
Bourret s. Fabre.
Bouttier s. Queyrat.
Bowen, John T., Ansteckende Hautkrankheiten in Vorschulen u. Schulen 155.
Brac, Georges, Kritische Studie über die Grenzen des polymorphen Hebraschen Erythems 660.
Bradfeld, Eugen, Ein Fall von syphilitischem Ikterus 206.
Brauer, Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung 571.
*Brault, J., Ein Fall von generalisierter, kongenitaler Hyperkeratose 144.
— Zwei Fälle von Achorion Quinckeanum b. Menschen 152.
— Keratosis blennorrhagica 436.
— Xeroderma pigmentosum tardivum 672.

Digitized by Google

Braunert (Jaluit), Reisebericht über einen Besuch verschiedener Atolle der Marschallinseln 268.
Bremener, Zur Frage der Ätiologie und Therapie der Alopecia areata 201.
Bressot, Henry, Über die verschiedenen chemischen Methoden der Präzipitation der Globuline. Ihre diagnost. Bedeutung bei der Syphilis der Nerven 208.
Bricourt, C., Herzsyphilis 204.
Bridgeman, Olga, s. Morrow.
Brin s. Gilbert.
— Henri, Fremdkörper der Blase 175.
Brinkmann s. Korff-Petersen.
Le Bris, N., Über den Kohlensäureschnee in der Dermatologie 631.
Briscoe, J. F. 237.
Brisson s. Lemeland.
Britneff, Über Urethralsteine 59.
Brocq, L., Wie soll man Salvarsan anwenden? 325.
— Fernet u. Delort, Ichthyosiforme, symmetrische, zirkumskripte u. progressive Erythrodermie 322.
— — — Ulzeröse, gangränöse und phagedänische Herde bei Lepra 432.
— — u. Françon, Pemphigus vegetans durch ein Erysipel gebessert 432.
— Lévy, Emm., u. Pautrier, Wahrscheinl. Mykose der Zunge mit wahrscheinl. sekund. Epitheliom 169.
— u. May, E., Multiple Teleangiektasien bei einem Syphilitischen 170.
— u. Pautrier, L. M., Das Angio-Lupoid 326.
— — u. May, Ulzeröse, vegetierende Läsion des Fußes, wahrscheinl. mykotischen Ursprungs 435.
— u. Pomaret, Neues Injektionspräparat gegen Lepra 433.
Brodfeld, Eugen, Therapeutische Erfahrungen mit Zinkperhydrol 71.
— Über den Heiratskonsens bei Geschlechtskrankheiten 716.
Bronner, W., Die Behdlg. d. Urethritis ant. mittels Aspiration 349, 676.
Bruck, Karl, Dermatitis nodularis necrotica suppurativa et ulcerosa 118.
— u. Glück, A., Über die Wirkung von intravenösen Infusionen mit Aurum kalium cyanatum (Merck) bei äußerer Tuberkulose und Lues 710.
Le Brun, René, Doppelte Ureteren 544.
Brunet, H. V. A., Versuche, die Berechtigung d. energischen Quecksilberbehdlg. bei interstit. hered.-syphilit. Keratitis nachzuweisen 205.
Brunetière, C., Beitrag z. Ätiologie des akuten, rezidivierenden Ödems der Augenlider 651.
Bruni, B., Über die Behdlg. der blennorrhoischen Infektion durch Gonosan 578.
Buba (Nordenham), Beitrag z. Ätiologie und Therapie des Ekzems 406.
Bucklin, Charles Aubrey, Innere od. äußere Urethrotomie b. engen Strikturen der Harnröhre des Mannes 464.
Bürgli s. Kolle.
Bulkley, L. Duncan, Krankheiten der Haut in Beziehg. zu Leber- u. Nierenerkrankungen 93.
— Diät und Hygiene bei Hautkrankheiten 609.
Burchard, Albrecht 268.
Burke, John G., Der Gebrauch von gemischten Infektionsvakzinen b. Hautinfektionen 650.
Businco, Armando, Die Kontagiosität des syphilitischen Spermas 519.
Burzi, G., Wirkung der antiblennorrh. Seren und Vakzinen in der Behdlg. der Blennorrhöe 112.
Buschke, Adolf, Serodiagnost. Methode nach Wassermann, Neißer u. Bruck 240.
Busse, O., u. Merian, L., Ein Todesfall nach Neosalvarsaninfusion 329.
Byers, J., Über Ausschläge, welche im Puerperium vorkommen 610.

Cabot, Arthur T., Der gegenwärtige Stand der Litholapaxieoperation 466.
Caffarena, D., Rachitis und Wassermannsche Reaktion 120.
— Über die Ausscheidung des Salvarsans durch die mütterliche Milch 126.
Cahaterra, E., Über d. Wassermannsche Reaktion im Blutserum nicht syphilit. Kaninchen und über Lezithin als Antigen 240.
Caillet, Ch., Blasenkomplikationen bei Appendizitis 489.
Callomon (Bromberg), Zur Kenntnis der Brocqschen Krankheit 232.
Calot, F., Eine neue Methode d. Hauttransplantation 631.
Cameron, J. A. M., Purpura fulminans 656.
Campana, R., Pemphigus chronicus mit nervösen Alterationen aus derselben Ursache 113.
— Die Verbreitg. der Syphilis im Organismus durch direkten Kontakt u. in der Heredität 407.
— Vergleichende Therapie d. Kochschen Tuberkuline 407.
— Syphilis des Darmtraktus 407.
— Der Pyozyaneus in der Morphologie des Fiebers 407.

Digitized by Google

Campana, R., Tuberkulöse Meningitis 407.
— u. Galimberti, Umstände, welche die Lymphdrüsenschwellung vermehren können 408.
— u. Garibaldi, Die zirkumskripten Indurationen d. Corpora cavern. inf. v. Syphilis, Blennorrhöe, Arteriosklerose und Tuberkulose 408.
Campbell, J. Arch., Die Boassche Modifikation der Wasserm. Reaktion 242.
Camus, Jean, Giftigkeit des Neosalvarsans für das Nervensystem 519.
Candler, J. P. 238.
Cange (Algier), Osteomyelitische Komplikationen nach Pocken 704.
Capitolin, V., s. Babes.
Cappelli, Jader, Chron. dystrophische Dermatosen vom Typus der Epidermolysis bullosa 113.
— u. Torrigiani, A., Beitrag zum Studium der Neurorezidive 517.
Carrière, Henri, Die ätiolog. Beziehgn. zwischen Variola und Vakzine 704.
Caruccio, M., u. Montesano, V., Brocqsche Pseudoarea 518.
Caspari (Lausanne), Hämorrhagie in eine Wanderniere 347.
Cassanello, Rinaldo, Beiderseitige Blasenhernie 347.
Cassirer, Richard 332.
Castaigne, Die syphilit. Zirrhosen 206.
— Renale Tuberkulose u. orthostat. Albuminurie 498.
Castellani, Aldo, Weitere Untersuchgn. über Trichomykosis flava, rubra et nigra der Achselgegenden 235, 374.
— Kopra-Itch 236.
— Bemerkgn. über Kopra-Skabies 375.
— Bemerkgn. über die Ätiologie v. einigen tropischen Dermatomykosen (Tinea cruris, Tinea flava et nigra, Tinea imbricata) 375.
— Bemerkgn. über die Bedeutung der Hyphomyzeten und anderer Pilze für die Pathologie der Tropen 612.
Castelli, G., Über Neosalvarsan. Lokalbehandlung der generalisierten Syphilis und generalisierten Frambösia bei Kaninchen 69.
— Über Neosalvarsan 69.
— Exp. u. chemotherapeutische Versuche bei Framboesia tropica 154.
Cathelin, F., Die Verletzungen der Niere 349.
— Der Abusus der internen Urethrotomie 464.
— Das Gewicht der Niere bei ihren chirurgischen Erkrankungen 677.
Cervasio, R., Über die interstit. syphilit. Hepatitis 205.
Chabé, Tuberkulöse Elefantiasis 707.
Chabrol, E., s. Gilbert.
Chagnaud, J. G., Lupus nach Masern 709.
Chajes, Pilzerkrankung d. Kopfhaut 87.
— Dermatitis herpetiformis Duhring 429.
— Akrodermatitis atrophicans Herxheimer 429, ferner 430.
Chalmers, A. J., s. Sambon.
Chambrelent (Bordeaux), Salvarsan bei Neugeborenen 265.
Champel s. Gayet.
Charlet, L., s. Nicolas.
Chatelin, Charles, s. Marie.
Cheinisse, Über tierexperimentelles Scharlachfieber 682.
Chéry, Charles, Syphilis, venerische Krankheiten und Prostitution 609.
Chichmaniau, A., Über die Inkontinenz der Harnwege bei Tuberkulose 387.
Chiray, Maurice, Die funktionelle Nierenprüfung 677.
Chitrowo, Eine vereinfachte Methode der Serodiagnostik der Syphilis 400.
Cholzoff, M. B. N., Die Ableitung des Urins bei Urethralfisteln, plastischen Operationen der Urethra und bei phagedänischen Geschwüren 58.
Chompret u. Izard, Malum perforans im Munde 672.
Chossut-Perret, Louis, Beitrag zur chirurgischen Behdlg. der Epididymitis blennorrhoica 579.
Chotzen, Martin, Unsere sexualpädagogische Aktion 486.
Choyce, C. C., u. MacCormac, H., Fall von Granuloma inguinale tropicum 673.
Christian, Eugène, Spontane Zertrümmerung eines Blasensteines 437.
Cifuentes, Pedro, Chirurg. Behdlg. d. Tuberkulose d. Nebenhodens mit Konservierung der Hodenfunktion 491.
Ciuffo u. Ossola, Die Hautkrankheiten in den Schulen von Pavia 516.
Claret-Gap s. Beaumevieille.
Clegg, Moses T., s. Currie.
Clowes, G. H. A., s. Gardner.
Cocco, Luigi, Transitorische Albuminurie, hervorgerufen durch die intravesikale Urinseparation 498.
Cochez (Algier), Fall von Prostatastein 59.
Cohn, Georg, Die oberen Luftwege bei den Leprösen des Memeler Lepraheims 546.
Cole, Harold N., Bakt., histol. u. experiment. Beiträge zur Kenntnis der Ekzeme und Pyodermien 601.
Collet, F. J., Lupus des Larynx 709.

Digitized by Google

Colliat, Constance, Über die Bartholinitis mit bes. Berücksichtigung ihrer Behandlung 546.
Collin, André, Enuresis nocturna gastro-hepat. Ursprungs 346.
Colombini, Pio, u. Serra, Alberto, Die Lepra in Sardinien 178.
Comas, C., u. Prio, A., Ein Fall von seborrh. Ekzem des Gesichts mit Röntgenstrahlen geheilt 697.
de Cortes, Antonio, Die angebliche Orchitis par effort vor der Pathologie, der Klinik u. dem Unfallgesetz 490.
Cotte, G., Intravaginale Torsion des Samenstranges 491.
Couffon, H., Die Pellagra 652.
Courchet, L., „Essentielle" Hämaturien 545.
Couret, Maurice, Verhalten der Leprabazillen bei Kaltblütern 551.
Covisa, José S., Neurosyphilis postsalvarsanica 114.
— Pityriasis rosea Gibert 115.
— Das salizylsaure Natron bei einigen Komplikationen der Blennorrhöe 696.
Cowell, E. M., Studium über die exper. Erzeugung von Purpura 656.
Credé u. Hörder, Hat die Blennorrhoea neonatorum abgenommen? 555.
Crèmieu, R., u. Lacassagne, A., Die Gelenkkomplikationen der Masern 701.
v. Crippa, J. F., Beitrag z. Beantwortg. der Frage: Ist die Modifikation der Wasserm. Blutprobe nach v. Dungern verläßlich? 96.
Crocker, H. Radcliffe, u. Pernet, George, Ulcus rodens morpheiforme 119.
Croissant s. Hirtz.
Cronquist, Carl, Welche Urteile sind wir berechtigt, auf Grund der Wassermannschen Reaktion über Colles und Profetas Gesetze zu fällen? 111.
— Einige Bemerkgn. z. Frage nach den Ursachen der Neurorezidive nach Salvarsaninjektionen 266.
— Über die Ätiologie u. Pathogenese der spitzen Kondylome 462.
Cruice, J. M., Das Auftreten von Purpura im Verlauf v. chron. Lungentuberkulose 657.
Cruveilhier, Behdlg. des Trippers mit Virusvakzine 578.
Culot, P., s. Leclercq.
Currie, Donald H., Weitere Beobachtungen über Lepra bei Ratten 550.
— u. Clegg, Moses T., Studie über Lepra 552.
Cuthbertson, William, Dislozierte u. Wanderniere beim Weibe 147.
Cutrone, Die sekund. u. tert. Phlebitis syphilitica 122.
Cuttat, G., Über die Ätiologie der Prostatahypertrophie 493.
Czablewski, Franz, Zum aseptischen Katheterismus 443.

Dahl s. Müller.
Danel, L., Bandförmige Sklerodermie der Stirne 328.
Danulesco, V., s. Levaditi.
Darier, J., Die histolog. Veränderungen der Radiodermitis ulcerosa 31.
— Zwei Todesfälle n. Neosalvarsan 172.
Dartigues s. Bonamy.
Dauber, J. H. 238.
David, H. S., Über essentielle Dactylomegalie 383.
Davis, Haldin, Zwei Fälle v. Sommerausschlag 147.
— Kalkablagerungen u. Sklerodaktylie bei Raynauds Disease 147.
— Fall von Pagetscher Krankheit der Mamma 373.
— Fälle von hereditärer Alopezie 373.
Dean, H. R. 237.
Delcorde 547.
Deléarde u. Hallez, Die chron. Purpura der Kinder 655.
Delort s. Brocq.
— s. Pautrier.
Delsouiller, André, Über die Syphilis in ihren Beziehgn. zu den Aneurysmen der Aorta und über das Interesse, welches die Untersuchg. m. d. Wassermannschen Reakt. im Verlaufe dieser Aneurysmen bildet 204.
Dembskaja, Erfahrgn. über Herstellg. des antiblennorrhoischen Serums und klin. Beobachtgn. üb. dessen Wirkung 596.
Demjanowitsch, M., Über eine seltene Form von sekundärer Lues (Syphilis cutanea verrucosa) 457.
Desbouis s. Achard.
Desgouttes, L., Fibrom der Eichel bei multipler Fibromatose 442.
Desmoulière, A., Das Antigen bei der Wassermannschen Reakt. 117, 239, 240, 520.
Desneux, Hörstörgn. bei Syphilitikern nach Salvarsan 266.
Desqueyroux, J., s. Abadie.
— s. Petges.
Detré, Georges R., Über die Zukunft der Frühgeborenen, ihre Beziehgn. z. Erbsyphilis 202.
Deus, Wolfgang, Über Harnröhrendivertikel 258.

Digitized by Google

Devilla, S., Vergleichende Resultate dreier sero-diagnost. Methoden zur Syphilisdiagnose in der Kinderpraxis 210.
Deyke, Gg., Die bisherigen Ergebnisse der Leprabehandlung mit Nastin 551.
Diamantis (Kairo), Hydatidenzyste der Niere 437.
Dietl, Karl, Zur Pathologie der lordotischen Albuminurie 499.
Dietschy, Über Albuminurie bei Tuberkulose 499.
Dobrotworsky, B., Ein Fall isolierter Tuberkulose der einen Hälfte einer anomalen (doppelten) Niere 345.
Dohi, K., u. Hidaka, S., Sind Spirochäten den Protozoen oder den Bakterien verwandt? 232.
— u. Mine, M., Beiträge zur Radiumtherapie der bösartigen Geschwülste 116.
— Sh., Die Röntgentherapie bei Lichen simplex chronicus u. Ekzema chronicum 409.
Domingo, Felix, Die Injektionen von grauem Öl und von unlöslichen Quecksilbersalzen in der Behdlg. der Syphilis 58.
Dominici, M., Untersuchg. des Prostatasekrets 238.
Donath, J., Salvarsan in der Behdlg. der syphilit. u. metasyphilit. Erkrankungen des Nervensystems 207, 208.
Dore, S. E., Fall von zirkumskripter Lichenisierung (Névrodermité) 145.
— Akquirierte Syphilis bei einem 10jähr. Mädchen 145.
— Primärsyphilid der Unterlippe b. einer 26jähr. Frau 373.
— Zwei Fälle z. Diagnostizieren 375.
— s. auch Morris, M.
Doty, Alvah H., Die Rolle der Desinfektion u. der Einfluß infizierter Räume und Kleider bei der Übertragung von Infektionskrankheiten 680.
Drevon, Jacques, Beitrag z. Kenntnis der syphilit. Rezidive u. d. Anwendung des Salvarsans in der sekund. Periode 266.
Dreyfus, G. L., Die Methoden d. Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Syphilis 261.
— Ivan G., Kritische Studie über die angebl. Salvarsantodesfälle 633.
Dubois, Auguste, Über einige Resultate der Behdlg. der Syphilis m. intravenösen Injekt. von Salvarsan 265.
Dubreuilh, W., Canities circumscripta 173.
Ducastaing, R., Pollakiurie infolge Enge des Meatus urethrae 347.
Ducastaing, R., Fall von Zystitis bei Scharlach 675.
Dudumi, V., Beitrag zur Behdlg. der Syphilis mittels Hektin 603.
Dufaux (Berlin), Über ein neues, die Eiterkörperchen auflösendes, die Gonokokken schnell vernichtendes Mittel 259.
Duhamel s. Barcat.
Duhot, R., Technik u. Instrumentarium für Neosalvarsaninfusionen 350.
Dumont s. Mosny.
Frh. v. Dungern, Emil 580.
Dupuy, Tod n. einer zweiten Salvarsaninjektion 633.
Duque, Jose Quintana, Einige Betrachtgn. über den jetzigen Stand des Salvarsans in der Syphilisbehdlg. 58.
Durlacher (Ettlingen), Ein Fall von Pseudohermaphroditismus bei einem 1¾jähr. Kinde u. einer scheinbaren Zwitterbildung bei seinem ¼jährigen Schwesterchen 383.
Duroeux, Louis, s. Lévy-Bing.
Duval, C., Die aus den Läsionen der menschl. Lepra isolierten Organismen 548.

Ehrlich, Bromoderma tuberosum et vegetans 595, ferner 596.
*— Martha, Bakteriolog. Untersuchgn. bei verschied. Hautentzündgn. (Licht- und Kohlensäurereaktionen, Ekzeme, Ulzerationen usw.) 73, 103.
— Paul 444.
Ehrmann, Behdlg. des Hautepithelioms mit Radiotherapie 322.
— Ludwig, Über einen Fall von Sklerodermie mit kutanen u. subkut. Kalkablagerungen 382.
— S., Vergleichend-diagnost. Atlas der Hautkrankheiten und der Syphilide, einschließend die der Haut angrenzenden Schleimhäute 410.
Eichhoff, P. J., Praktische Kosmetik für Ärzte und gebildete Laien 605.
Eichhorst, Erfahrungen mit Scherings Arthigon u. dem Berner Gonokokkenserum 538.
— Aortenaneurysma 538.
Einsiedler (Dresden), Einiges über die Wirkung des Opsonogens 70.
Eising, E. H., Gonokokkenvakzine zur Diagnose blennorrh. Infektionen 64.
Elder, Omar F., Die Nachbehdlg. der Syphilis 263.
Elin, J. B., Über Jodresorption bei Anwendung von Jodsalben 625.
Eliot, Henri, Die plastischen Operationen bei Retention 436.

Digitized by Google

Elsner, H. L., u. Meader, F. M., Chronische Purpura u. deren Behdlg. mit animalischem Serum 656.
Eltzina, Die erworbene Syphilis der Kinder, ihre Ätiologie u. Bekämpfung 461.
Emery, Die Verunreinigungen d. destill. Wassers bei Salvarsaninjektionen 172.
— Die Verunreinigungen des destillierten Wassers u. die Zufälle nach Salvarsan 325.
Enderlen (Würzburg), Methodik und prakt. Bedeutg. d. Transplantation 631.
Engel, C. S., Weitere Erfahrgn. mit der Mikroreaktion der Syphilis n. Wassermann 212.
— Emilio A., Ein Fall von multiplem Hautleiomyom 285.
— Die Bedeutung der Pathogenese f. die Therapie des Lupus 516, ferner 128.
Englisch, Josef 388.
Epstein, Alois, Das Ohrringstechen u. seine Gefahren, insb. die tuberk. Ansteckung d. Stichöffnungen 128.
Erlenmeyer (Freiburg), Das Blutbild b. Pocken und Impfpocken 704.
Estes, W. L. s. Barker.
Estrade, Lucien C. J. M., Die Bhdlg. der Syphilis mit Salvarsan 265.
Ettinger, Sophie, Üb. die Kombination von Salvarsan u. Quecksilber i. d. Frühbehandlung der Syphilis 263.
Evans, W., Fall von multiplen Narben am Stamme und an den Extremitäten u. partielle Zerstörg. d. Ohrmuscheln 145.

Fabre u. Bourret, Salvarsan b. d. Behandlung der Erbsyphilis 203.
— Salvarsan in der Geburtshilfe 265.
Fabre, Georges J. B. M., Üb. einige nicht normale Fälle v. Addisonscher Krankheit 382.
Fabre, Paul, Urinretention dch. einen i. d. Harnröhre eingekl. Stein 350.
Faivre, Btrg. z. Bhdlg. der Bartholinitis 677.
Fantham, H. B., Üb. einige Flagellaten bei Insekten u. das Problem der Übertragg. der Leishmaniosis 607.
Farkas, J., Mit Gonokokkenvakzine (Arthigon) erreichte Resultate in Fällen von blennorrhoischen Gelenkentzündungen 62.
Farnarier, Gaston, Bhdlg. der Zystitis m. Joddämpfen 176.
Faure, Georges, Salvarsan bei tertiärsyphilit. Erscheinungen 265.
Faure, M., Die Arsenikbhdlg. d. syphilitischen Nervenerkrankungen 208.
Favento (Triest), Über Salvarsan 264.
Dalla Favera, G. B., Üb. die Serodiagnose der Syphilis dch. die Konglutinationsreaktion (Karvonensche Methode) 243.
Fayol s. Gayet.
Feiber (Wildungen), Lithotripsie oder Litholopaxie 466.
Feldmann, Multiple Neurofibromatosis 372.
Fellner u. Neumann, Einfluß der Radiumemanation auf die Genitalorgane von Kaninchen 545.
Fernau, Schramek u. Zarzycki, Üb. die Wirkung von induzierter Radioaktivität 629.
Fernet s. Brocq.
Fernet, L. s. Pautrier.
*Ferrannini, Guido, Die toxische Lehre in der Pathogenese des Verbrennungstodes 335, 360.
— Luigi, Exper. Untersuchgn. üb. die pharmakol. Wirkg. d. Salvarsans 264.
Ferria s. Bertolotti.
Ferron, Jean, Ureterenkatheterismus dch. direkte Zystoskopie 347.
— Blasensteine und direkte Zystoskopie 675.
— s. Rocher.
Finger, Ernst, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 2. Teil. Die Geschlechtskrankheiten 522.
Finkelstein, Julius, Ein neuer Apparat f. sterile Blutentnahme aus der Vene (zur Aussaat u. Wasserm. Reakt. und für Entnahme von Zerebrospinalflüssigkeit) 127.
— Weitere Beobachtgn. üb. die experim. Syphilis der Kaninchen 713.
— s. Gerschun.
Finsterer, Hans, Über Harnblasenbrüche 467.
Fiolle, J. u. Fiolle, P., Blasenblutungen 177.
Fiolle, P. s. Fiolle, J.
Fischer, Franz, Teilweises Ergrauen d. Haare nach Trauma 513.
Fischer, H., Ein Fall von Perichondritis blenorrhoica beider Ohrmuscheln 575.
Fischer, O. u. Klausner, E., Ein Beitrag zur Kutanreaktion der Syphilis 713.
Fisichella, F., Üb. Meiostagminreaktion b. Lues. Vergl. zwisch. d. Meiostagminreakt. u. d. Wasserm. Reaktion 243.
Flesch, Max, Abiturientenvorträge für Sekundaner 486.
Foerster, O. H., Eine Studie üb. die Wirksamkeit der Schwefelwaschungen 93.
Folacci, J. B., Krebs des verlagerten Hodens 490.

Digitized by Google

Fontaine, Léon, Üb. die endokrine Entstehung der Raynaudschen Krankheit und verschiedener vasomotorischer Störungen 655.
*Fontana, Artur, Üb. die Sensibilität der spitzen Kondylome 17.
*— Üb. einige Modifikationen der Färbungsmethode des Treponema pallidum mit ammoniakalem Silbernitrat 301.
Fontoyonont, Fall v. generalisiertem Molluscum pendulum 32.
Fordyce, John A., Gewerbliche Hauterkrankungen 659, ferner 612.
Fouquet, Ch., Die Notwendigkeit, einen Syphilitiker üb. seinen Zustand aufzuklären 300.
Fournier, Alfred 128.
Fox, C. 146.
Fox, George Henry, Auffassg. d. Pityriasis rosea auf breiterer Grundlage 151.
— T. Colcott, Eine kleine Epidemie von Alopecia areata 457.
Fradking, S., Synkope, hervorgerufen dch. Salvarsan b. e. Syphilitiker mit Stokes-Adams u. bilat. Papillenatrophie 149.
Fraenkel, Ist das Sperma eines Syphilitikers ansteckend? 711.
Fränkel, Eugen, Üb. die sog. Pseudoleukämie 354.
Franceschini, G., Praktische Beobachtungen üb. die Bhdlg. der Blennorrhöe 576.
François s. Pautrier.
François-Dainville s. Hallopeau.
Françon s. Brocq, Pautrier.
Frank (Dudweiler), Das vielseitige Leukoplast 631.
Frank, Ernst R. W., Klin. Erfahrgn. über die Einwirkg. des Adamons auf sexuelle Reizerscheinungen 411.
— Einwirkg. v. Adamon auf sexuelle Reizerscheinungen 676.
— Verletzgn. der Blasenschleimhaut bei Abtreibungsversuchen 58.
Frank, Rudolf 300.
French, H. C. 237.
Frescoln, L. Davis, Prostatahypertrophie 147.
Freund, Leopold 388.
Freyer, P. J., 1000 Fälle v. totaler Enukleation der Prostata z. Radikalheilg. der Hypertrophie 147.
Friboes, Walter, Zwei Fälle von Phlebitis u. Periphlebitis syphilitica faciei 321.
— Btrg. zur Klinik u. Histopathologie der gutartigen Hautepitheliome 321.
Friedenthal, Hans, Beiträge zur Naturgeschichte des Menschen 285.
Friedmann, Molluscum fibrosum 198.
— Fall zur Diagnose 198, ferner 29.
v. Frisch, Anton 556.
Fritsch, Gustav, Das Haupthaar u. seine Bildungsstätte bei den Rassen des Menschen 296, 319.
— Neue Beobachtungen üb. die Wirkg. des Yohimbins (Spiegel) 71.
Fromme, Fr., Üb. die spezif. Bhdlg. der Blennorrhöe beim Weibe 67.
Fürbringer, P., Wer hat die Böttcherschen Spermakristalle entdeckt? 259.
*Fürth, Julius, Z. Bhdlg. gonorrhoisch. Komplikationen, speziell der Epididymitis gonorrhoica, mit Elektrargol 689.
Fuller, Eugen, Der Samenblasenschnitt; sein Zweck u. seine Ausführung 491.
Le Fur, René, Bhdlg. d. rebellischen rezidivierenden Urethritis 177.
Furnin, Henry Dawson, Einige Typen von Ureterenstrikturen bei Frauen 495.

Gabbi, U. u. Sabella, P., Die Hautkrankheiten der Araber 388.
Galimberti, A., Die alkoholischen aromatischen Substanzen, in schaumiger Mischung suspendiert, z. lokalem Gebrauch 113.
— Wirkg. einiger schaumiger Substanzen auf die Haut 518.
— s. Campana.
Gallemaerts (Brüssel), Fall von Lepra maculo-anaesthetica 547.
Galliot, Albert, Bemerkgn. über die Bhdlg. d. Albuminurien in d. Kindheit 545.
Galloway, J. 146.
Gandolin, E., Üb. die Erytheme bei Typhus 652.
Gardner, James A. u. Clowes, G. H. A., Die spezifische Komplementablenkungsreaktion bei Blennorrhöe, ihr Wert als diagnost. Hilfsmittel 553.
Garibaldi, G. M., Art des Verhaltens des Pyozyaneus in e. Falle v. nekrotisierendem Syphiloderma 113.
— s. Campana.
Gastinel, Pierre s. Teissier.
Gastou, Infektion e. Heredosyphilit. mit Syphilis 173.
— u. Gonthier, Tuberkulose d. Penis 173.
— u. Sanglier-Lamark, H., Syphilit. Reinfektion nach intensiver Salvarsanbehandlung 173.
Gaucher, E. 128.

Digitized by Google

Gaucher, H., Die Rezidive nach Salvarsan 266.
— u. Audebert, Syphil. Schanker des Oberlides 672.
— u. Boinet, Bhdlg. d. Lepra mit Salvarsan u. Bienenstichen 672.
— Gougerot u. Meaux Saint-Marc, Pemphigus?, Dermatitis herpetiformis? 433.
— — — Raynaudsche Krankheit mit positivem Wassermann 433.
— — — Rezidiv nach Salvarsan. Hämatemesis u. Salvarsan 433.
— u. Lévy-Franckel, Fall von infiltr., tuberösem Syphilid des Gesichts u. des Thorax 170.
— — Rezidive nach Bhdlg. der Syph. mit Salvarsan 519.
Gavini, G., Üb. Mergal, als Antiluetikum u. seinen Einfluß a. die Wasserm. Reaktion 263.
— Üb. zwei Fälle von linearer unilateraler Dermatitis 679.
Gayet, G., Champel u. Fayol, Methode zur Exstirpation des Prostatakrebses 675.
Gaztelu, Teodoro, Spontane Ekchymosenbildg. b. Zoster 660.
Gehrmann, Adolph, Klin. Wert der Wasserm. Reaktion 147.
Geibel, P., Ist das Tuberkulin f. d. gesunden Organismus ungiftig 709.
Genet s. Rollet.
Gerber (Königsberg), Neue Skleromfälle in Ostpreußen 179.
Gerschun, Ein primäres tuberkulöses Geschwür der Zunge 707.
— u. Finkelstein, Die Vakzinetherapie d. blennorrh. Erkrankungen 65.
Gibbard, T. W. 237.
Giedroyc, Fr., Üb. ein Projekt der inneren Organisation der Lupanare v. Jahre 1809 36.
Gilbert, Lippmann u. Brin, Malum Potti suboccipitale syphiliticum 324.
Gilbert, A., Chabrol, E. u. Bénard, Henri, Üb. die Pathogenese der paroxysmalen Hämoglobinurie. Splenohepatorenaler Symptomenkomplex 544.
Giorgis, M., Die Intradermoreaktion b. der Blennorrhöe 554.
Gioseffi, M., Die Komplementablenkg. b. d. bakteriol. Diagnose der Cholera. Die Wasserm. Reakt. in bezug a. das Collessche Gesetz u. auf Erblues 202.
Glasgow, Maude, Tripper b. Weibe 67.
Glawtsche, G., Dermatitis lichenoides linearis systemisata femoris et cruris sinistri 569, ferner 570.
Glueck, A., Die Serodiagnose der Syph., 598.
Glueck, A., s. a. Bruck.
Goetzel, Arthur, Tuberkulose der Prostata 518.
Gohier, M. J. M., Über die Anwendung komprimierten Kohlensäureschnees in der Dermatologie 631.
Goldberg, Berthold, Die Lehre von d. Urininfektion 1909—1912 409.
Goldberger, Jaques, Zur Technik der Prostatectomia suprapubica 345.
Golden, Isaac J. K., Protrusion des Augapfels als Symptom chronischer Nephritis 59.
Goldenberg, Fr., Ulcus durum commissurae post. vulvae 569.
Goldmann, Karl Waclaw, Einige Worte über die neue Lilienfeldsche X-Röhre mit Produktion von X-Strahlen, deren Qualität beliebig und augenblicklich geändert werden kann 542.
*Goldstein, Oskar, Zur Bhdlg. von Hautkrankheiten in Kurorten 368.
Golodetz, L., s. Unna, P. G.
Gonthier s. Gaston.
Gorodistsch, S. M., Z. Pathologie u. Therapie der Cystitis colli proliferans s. vegetativa 345.
Gosio, B., Gedanken über die Ätiologie der Pellagra 653.
Goss, Über eine neue Methode der Herstellung des Antigens f. d. Wasserm. Reaktion 29.
Goubeau, Spätfolgen nach Neosalvarsan durch Zinkpaste verstärkt. Tod 323.
Gougerot, H., Oosporosen oder Nokardosen der Haut. Synonyma: Nokardosen, Oosporosen, Diskomykosen, Mikromykosen, Mikrosiphonosen, Aktinomykosen, Streptothrichosen 610.
— Tuberkulöse Gummata u. Ulzerationen der Haut. Klinik, Diagnose und Behandlung 707.
— u. Bourdeau, Syphilis mit großen Ulzerationen, Kachexie und Tod 118.
— u. Meaux Saint-Marc, Keratosis blennorrhoica disseminata m. Ausgang in Heilung 117.
— — Arthropathien von tabischem Typus ohne Zeichen einer Tabes bei einem Syphilitischen 519.
— s. de Beurmann.
Goulart, Zopyro, Btrg. z. Erforschg. des Ainhum 402.
*Graetz, Fr., Studien zur Frage der Verfeinerung der Wasserm. Reaktion mit besonderer Berücksichtigung der sog. „paradoxen Sera" 557, 584, 616.
Grandjean, A., Spätperforation d. Blasenwand durch eine intraabdominale Seidenfadennaht 238.

Digitized by Google

Gravagna, Über das extragenitale ven. Geschwür 112.
Gray, A. M. H., Fall von (?) Jodkaliumausschlag 145.
— Fall zum Diagnostizieren 147.
— Fall von (?) Dermatitis herpetiformis 375.
— Fall von Onychogryphosis 376.
— Fall v. Lähmung d. VII. u. VIII. Nerven n. Injekt. v. Neosalvarsan 376.
Greco, Nicolas V., Pemphigus 178.
— s. Sommer.
Greeley, Horace, Schönheitskuren 555.
Greenberg, Geza, Ein neues Operations-Urethroskop 442.
Greenwood, H. H., Bericht über einen Fall von melanot. Sarkom u. dessen Bhdlg. m. der Coleyschen Flüssigkeit 354.
Grenfeld, E., Z. Frage der Anwendg. des Antiformins b. d. Arsenbestimmg. im Harn n. Salvarsaninjektionen 69.
Grignolo, F., Über die Anwesenheit des Komplements, seiner Bestandteile u. d. hämolyt. Ambozeptors i. Humor aqueus unter versch. experim. Bedinggn. 241.
Grindon 378.
Grintschar s. Meschtscherski.
Grünberg, Julius, Beitrg. z. Neosalvarsantherapie 151.
Guay, Georges, Btrg. z. Kenntnis d. Kraurosis vulvae 383.
Guénot, Louis, Beitrg. z. Kenntnis d. Salvarsans; 17monatl. prakt. Erfahrgn. u. Beobachtgn. an 900 Fällen 265.
Guépin, A., Frühzeitige Prostatektomie oder konservative Bhdlg. der senilen Prostatahypertrophie 677.
Güth, Georg, Mikroskop. Blennorrhöekontrolle der Postituierten, insb. i. d. Praxis d. Berliner Sittenpolizei 36.
Guggisberg (Bern), Die Frage der Vakzinetherapie u. Vakzinediagnose der Blennorrhöe 65.
Gukewitsch, H., Favus am Körper 569.
Guldjoglou, Alexander, Zufälle von seiten des Harnapparates bei gravidem retroflektiertem Uterus 176.
Gundermann, W., Über Ektopia testis perinealis 489.
Gutmann, C., Das Verhalten der nicht syphilit. Spirochätenerkrankungen der Mund- und Rachenhöhle gegenüb. dem Salvarsan 406.
Gyselynck, Ureterstein 495.

Haase, Marcus, Die bakt. Ätiologie der Akne vulgaris 153.
Hagen, Felix, Die Bhdlg. der Blennorrhöe und ihrer Folgen mit Gonokokkenvakzine 64.
Hagen, Felix, Aufbewahrung und Sterilisation halbweicher Instrumente 261.
Hagner, Francis R., Blasenexstirpation wegen maligner Erkrankung 467.
Hallez (Lille) s. Delćarde.
Hallion, Einwirkg. der Kälte auf die Hautzirkulation 610.
Hallopeau, H. u. François-Dainville, Multiple Knochen- und Hauttuberkulose b. intakt. Luftwegen 672.
d'Halluin, Paul, Ist die chirurg. Bhdlg. d. inguin. Hodenektopie ohne Orthopexie möglich? 492.
Hamburger, Walter W., Sporotrichosis beim Menschen 153.
*Hammer, Fr., Die Anwendbarkeit der Mastixlösung i. d. Dermatotherapie 581.
Hammond, F. A. L., Prolaps der Urethra bei einem kleinen Mädchen 545.
Hans s. Schmitt.
Harrison, L. W., Eine Modifikation der Burrischen Methode zum Nachweis v. Spirochaeta pallida 579.
Hartzell 377.
Haslund, Paul, Histologie u. Pathog. der Psoriasis 231, 404.
Hazen, H. H., Das sogenannte annuläre Syphilid des Negers 539.
Hecht, Hugo, Konglutinationsreaktion nach Karvonen 242.
*Hedén, Karl, Die Einwirkg. wiederholter Salvarsan- und Neosalvarsaninjektionen auf das Blut 445, 474.
Heim, Paul, Herpes zoster und Varizellen 702.
Heinecke, E., Über angeborene Stenosen der Pars post. der Harnröhre 261.
Heinemann, O., Der äußere Milzbrand des Menschen 154.
Heinlein, Vergleichende Versuche mit Antigenen verschied. Herkunft 240.
Heinrich, A., Neue Okklusiv-Spüldilatatoren z. Bhdlg. d. hint. Harnröhrenblennorrhöe 63.
Heitz-Boyer, Maurice, Pseudoheilg. der Nierentuberkulose durch das konservat. Verfahren 37.
Heller, Ulerythema sykosiforme Unna 319.
— Umwandlg. v. Pockennarben in Geschwülste 430.
— Arnold 268.
— Julius, Pseudotrichiasis der Blase u. Pilimiktion 261.
— Die Geschlechtskrankheiten als gesetzl. Grund zur Lösung der Verlobungen und Trennung der Ehen 331.

Digitized by Google

Hérail, Joseph, Über die Haut-Epidermis-Transplantation von Ollier-Thiersch. Ihre Geschichte, operative Technik und therapeutische Indikationen 631.
Herbst, M., Blennaphrosin, ein neues internes Antiblennorrhoikum 578.
Hering (Klettwitz), Perirenales Hämatom nach Scharlach 682.
Herpin, A., Die Stomatitis mercurialis „fruste" 331.
Hertle, Josef, Polypenbildung a. Orif. urethrae der Harnblase des Weibes bei Zystitis 545.
Herxheimer, Karl, Über Karboneol 111.
— Heilung eines Falles von Hautsarkomatose durch Thorium X. 354.
— u. Schmidt, Karl, Über Erythema exsudativum multiforme vegetans 600.
Hesse, Friedrich Adolf, Die Entstehung d. traumat. Epithelzysten, zugleich eine kritische Studie über die Atheromliteratur 380.
*— Max, Ein Fall von Syphilis der Prostata? 685.
Heuck, W., Erfahrgn. üb. Bhdlg. Hautkranker mit Menschenserum 650.
— Über schwere Röntgenverbrennungen 658.
Heusner, L., Vorrichtgn. f. d. Gewinnung fester Kohlensäure z. Bhdlg. von Erkrankgn. d. Haut 630.
Hidaka, S., s. Dohi.
Hinze u. Sorin, Z. orthostat. Albuminurie der Tuberkulösen 498.
— F., Zur Bhdlg. der akuten Blennorrhöe 579.
Hirschfelder, Arthur D., Gibt es bes. fluoreszierende Substanzen im Serum bei Pellagra 654.
Hirst, S., Bericht über die die Kopra-Skabies erzeugende Milbe 375.
Hirtz und Croissant, Osteoperiostitis blennorrhagica 575.
*Hochstätter, Julius, Das Vioform in der Dermatologie 282.
Hochstetter, Bruno, Über eine seltene Anomalie des Haarwechsels 597.
*Hodara, Menahem, Ein Fall von Hidradenoma eruptivum Darier und Jacquet (Syringozystadenom). Bhdlg. mit Röntgenstrahlen 421.
Hoefler, Edmund, Über Jodipindarreichung 513.
Hörder s. Credé.
Hofer, G., s. Kraus.
Hoffmann (Wilhelmshaven), Z. Stellg. der Spirochäten im System 606.
— Erich, Wer ist der Pfälzer Anonymus? 31.
Hoffmann, Erich, Über Neurodermitis chronica faciei. (Lichen simplex chronicus faciei) 320.
— a) Favus am ob. u. unteren Augenlid; b) Conjunctivitis blennorrhoica metastatica; c) Nephritis syph. acuta praecox mit sehr hochgradiger Albuminurie u. starkem Ödem; Spirochaeta pallida im Harnsediment 468.
— Dauer der Kontagiosität der Syphilis und Ehekonsens im Lichte der neuen Forschung 711.
— 268.
— Karl Friedrich, Trichoschisis. Eine bisher nicht beschriebene Haarveränderung 112.
— Karl von, Bericht aus Deutsch-Österreich 117.
Hofheimer, J. H., Die Bhdlg. d. Syph. mit Salvarsan 147.
Hofmann, Karl R. von, Über die Einwirkung von gallensauren Salzen auf Gonokokken 554.
Holiday, George A., Arthritis blennorrhoica 575.
Hollis, W. A., Gesichtsfurchen und die durch Gemütserregungen bedingte Gesichtsverzerrung 626.
Hollmann, Harry T., Eine statistische Studie üb. Nasenerkrankung b. Lepra 553.
Horwitz, Orville 332.
Hottinger, R., Über Zysten der Harnblase 518.
Hough, William H., s. Nichols.
Hourtoule, V., Wanderniere u. Appendizitis 174.
Houzel, Gaston, Untere Blasenspalte 346.
Hudelo, Nekrolog f. Danlos 322.
— u. Bodineau, Syphilit. Primäraffekt der Oberlippe u. d. Zahnfleisches 170.
— Weiche Schanker der Finger 170.
Hue, Pierre, Üb. d. gewerblichen Hautkrankheiten an der Hand 659.
Hübner, H., Die Bhdlg. der Syphilis i. Lichte d. neueren Forschungen 124.
— Vom Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten 521.
Huebschmann, Über Gonokokkensepsis mit Endokarditis 574.
*Hügel, G., Über die Wirkg. des atoxylsauren Quecksilbers bei der menschl. Syphilis 272.
Hutchins, B., Lichen planus diffusus, gefolgt von vesikobullöser Affektion, Heilung derselben m. e. Inj. v. autog. Vakzine 91.

Digitized by Google

Hutchinson, J. 237.
— William, Multiples, primäres Kankroid der Haut b. e. Kinde 540.

v. Jacksch, R., Über Adipositas cerebralis u. Adipositas cerebro-genitalis 412.
Jackson 377.
— George Thomas und McMurtry, Charles Wood, Seborrhoea capitis 91, ferner 300, 612.
Jacobi, E., Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluß der wichtigsten vener. Erkrankungen 487.
Jacoby, S., Eine Modifikation des Goldschmidtschen Urethroskops 260.
— Die Zystoskopie 1906—1912 518.
Jacquet, P., s. Jeanselme.
Jadassohn, J., Über die spezif. Bhdlg. d. parasyphilit. Nervenkrankheiten 123.
Jaeger, Franz, Üb. e. Fall v. Zystitis blennorrh. b. e. Schwangeren 67.
Jaffe, Atrophia maculosa cutis 168.
Jakowleff 570.
Jallet, Edgard, Btrg. z. Kenntnis der psychischen Störgn. im Verlauf d. sek. u. sekundo-tertiären Syphilisperioden 209.
Janet, Jules, Normale Entwicklg. der Gonokokken beim Manne u. bei der Frau 38.
— Respektieren wir das Zylinderepithel der Urethra unserer Kranken u. ihre Hoden 176.
— Wichtigkeit einer präzisen Diagnose bei Urethritiden 348.
— Die Zukunft der Blennorrhagiebehandlung 437.
— Die Prophylaxe der Blennorrhagie b. Manne u. bei der Frau 675.
— u. Lévy-Bing, Alfred, Bhdlg. der Blennorrhagie u. ihrer Komplikationen mit Neosalvarsan 678.
Janschek, H., Bhdlg. des Ulcus molle mit Azetozone 569.
Javal s. Mosny.
Jeanselme, E., Das Fieber n. d. ersten Salvarsaninjektion 323.
— Bhdlg. syphilit. Schwangerer mit Salvarsan 323.
— Ein neues Injektionspräparat z. Bhdlg. der Lepra 671.
— Ist es Pflicht des Arztes, einer verheirateten Frau zu sagen, daß sie syphilitisch ist? 711.
— u. Jacquet, P., Ergänzende Bemerkg. üb. die Bedeutg. des Fiebers n. d. ersten Salvarsaninjektion 325.
— u. Verner, A., Üb. die Wasserm. Reaktion i. d. Syphilisbhdlg. 244.
Jearsley, P. M. 237.
Jehle, L., Üb. die Wirkg. neuer Korrektionsversuche der Wirbelsäule bei der orthostatischen Albuminurie 498.
— Btrg. z. sog. „Marschhämoglobinurie" 544.
Jessner, S., Diagnose u. Therapie der Syphilide (Syphilis der Haut u. Schleimhaut). II. Teil: Therapie 61.
— Lehrbuch (früher Kompendium) der Haut- u. Geschlechtsleiden einschließlich der Kosmetik. I. Band: Hautleiden u. Kosmetik 328.
Igersheimer, Jos., Z. Frage der toxischen Wirkg. des Salvarsans 632.
Jianu, Joan, Ein Fall von doppelseitiger perinephritischer Phlegmone 495.
Ijiri, T., Btrg. z. Arsenmelanose nach Salvarsaninjektion 116.
— Über Thiosinaminvergiftungen 602.
v. Illyés, G., Die Steinkrankheit der Niere 409.
Inouye, K., s. Yamada, Sh.
— S., Üb. den Einfluß von Tetrodotoxin a. die Miktion, bes. üb. seine Wirkg. bei Enuresis nocturna 603.
Johnston, James C., Betrachtgn. üb. die Ursache des Ekzems 376.
Jolivet, Leon Ch., Üb. meningitische Reaktionen, beobachtet im Verl. der Syphilis, ihre Verhinderg. u. ihre Prognose 209.
Joltrain, E., s. Legendre.
Jordan, Arthur, Über Versuche mit Neosalvarsan 30.
*— Ein Todesfall durch Salvarsan 567.
Joseph, E. 684.
Joseph, Max, Therapeutische Revue 234.
*— Zur Sulfoformbhdlg. der Alopecia seborrhoica 255.
*— u. Siebert, Conrad, Üb. erfolgreiche Bhdlg. des Hidrocystoma tuberosum multiplex 425.
Jourdanet s. Lebar.
Iselin, H., Schädigungen d. Haut durch Röntgenlicht u. Tiefenbestrahlung (Aluminium). Kumulierende Wirkung 653.
Ishiwara, T., Üb. die Rattenlepra 559.
— s. Kraus.
Israel, Wilhelm, Demonstration zur Nierenchirurgie 673.
Issailovitch-Dusciau. Hemiplegie u. Skarlatina bei einer Wöchnerin 682.
d'Istria, Robert Colonna, Anatomisch-klinische und therapeutische Untersuchgn. üb. die sudoralen Prodermien (sudorale Eruptionen) 627.
Judd, E. S., Resultate b. d. Bhdlg. von Blasentumoren 487.

Digitized by Google

Jungmann (Frankfurt a. M.), Üb. Streptokokken bei Scharlach 683.
— Alfred, Prognose u. Therapie der Hauttuberkulose 706.
— Wie soll man den Lupus nicht behandeln? 708.
Iwanow, Ein eigentüml. Fall v. Ekzem nach Bhdlg. d. Syphilis mit Hg 379.
Izard s. Chompret.

Kahn, L. Miller, Kongenitale Striktur des Ureters; Pyonephrose; Nephrektomie 495.
— Max, Geschichte der Lithotomie 466.
Kallòs, Arpàd, Praktische Erfolge mit der Michaelisschen Gonokokken-Vakzinetherapie 578.
Karczag, L., s. Plesch.
Kaufmann-Wolf, Marie, Btrge. zur Kenntnis d. Schicksals Syphiliskranker u. ihrer Familien 94.
— Klin. u. histol. Beobachtgn. bei Hautmetastasen im Anschluß an Karzinom innerer Organe 404.
Kedroff, Pityriasis rubra Hebra 595.
Keetman, B., s. Plesch.
Kerl, Wilhelm, Erfahrgn. mit Neosalvarsan 267.
— s. Arzt.
Kermauner, Fritz, Sexus anceps oder Hermaphroditismus 384.
Keyes, Edward L. u. MacKenzie, David W., Die Temperatur nach perinealer Operation unter Lumbalanästhesie 412.
Kiellenthner, Ludwig, Genügt der Nachweis der Tuberkelbazillen in dem durch Ureterenkatheterismus gewonnenen Harn zur Diagnose der Nierentuberkulose? (Ein Beitrag zur Frühoperationsfrage dieser Erkrankung.) 116, ferner 40.
Kirby-Smith, J. L., Ein pustulöses Syphilid bei einer Negerin, Blattern vortäuschend 712.
Kirsch, O., Funktionsstörungen des Blut- u. Lymphgefäßsystems der Haut als Folge des Scharlachexanthems. Beziehung. desselben zur Scharlachnephritis und Hautwassersucht 681.
*Klausner, E., Die Beziehgn. der Unnaschen Parakeratosis variegata zur Pityriasis lichenoides 469.
— Zungenkrebs als Folgezustand bei einem Falle von Epidermolysis bullosa (dystrophische Form) 599.
— s. Fischer, O.
af Klercker, Kj. Otto, Btrg. zur Lehre von der Pentosurie auf Grundlage v. Untersuchgn. an zwei Fällen 542.
Klimeck, Victor, Üb. interne Bhdlg. des Trippers 578.
Klodnitzky (Astrachan), Beobachtgn. über Flecktyphus in Astrachan in den Jahren 1907—1909 702.
Klose, H., s. Lampe.
Klotz, H. G., Salvarsan in der Praxis 265.
Klotz, Max, Die Bhdlg. der Enuresis nocturna 412.
Knowles, Frank Crozer, Der äußere Ursprung des Ekzems, speziell der Beschäftigungsekzeme, gestützt auf e. Studie v. 4142 Fällen 377.
Kobelt, Ph., Elektrothermische Bougies z. Bhdlg. von Harnröhrenstrikturen 444.
Koch, E., Üb. Jodquecksilberverbindgn., spez. dijodoxybenzolparasulfosaures Quecksilber, in ihrem Verhalten zum Organismus 71
— R., Z. Bedeutg. des Vorkommens von Diphteriebazillen im Harn 499.
Koenigsfeld, Harry, u. Zierl, Fritz, Klin. Untersuchgn. üb. das Auftreten der Cutis auserina 680.
Kolle, W., Bürgli u. Abelin, Experimente üb. die Wirkungsweise von Quecksilberpräparaten a. Spirochätenerkrankungen 607.
— Rothermundt u. Peschié, Untersuchungen üb. die Wirkg. von Quecksilberpräparaten a. Spirochätenkrankheiten 70.
Kono, Ch., Üb. die Arsenmelanose nach Salvarsaninjektion 116.
Kopytowski, W., Beitrg. z. d. pathol. Veränderg. d. gesunden Haut nach Schwefeleinwirkg. 34, 484.
Baron Korányi v. Tolcsva, Friedrich 716.
Korff-Petersen u. Brinkmann, Zur Weichhardtschen Epiphaninreaktion 243.
Kowanitz, Otto A., Unsere Erfahrgn. mit Hexal 636.
Krassnoglosow 373.
Kraus, R., Hofer, G., u. Ishiwara, Üb. Differenzierung von Leprabazillen mittels Bakteriolyse 548.
Krebs, G., Üb. den praktisch-therapeut. Wert des Zystopurins 258.
Krefting, Rudolf, Ist Neosalvarsan ein ebenso gutes Antisyphilitikum wie Salvarsan? 150.
Kreibich, C., Ein Beitrag z. Chemismus der entzündl. Gefäßwand 233.
— Zur Ätiologie des Molluscum contagiosum 233.
— Zur Anatomie d. Ekzema seborrh. u. der seborrh. Warzen 403.

Digitized by Google

Kretschmer, Hermann L., Der Gebrauch von Tripperphylakogen in der Bhdlg. des Tripperrheumatismus 574.
— M., Üb. die Döhleschen Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 683.
Krikliwi, Üb. den Nachweis von tuberöser Lepra an selten betroffenen Stellen 461.
v. Krogh, H., s. Schilling.
Kromayer, E., Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende u. Ärzte 61.
— u. Trinchese, Der „verfeinerte Wassermann" 212.
— ferner 88.
Krüger, Wilhelm, Das Tuberkulin in der Therapie des Lupus vulgaris 710.
v. Krzystalowicz, Franz, Die Histologie der Urticaria perstans papulosa 33, 483.
Kulnew 29, 198, 595, 596, 597.
Kunz, Hans, Herpes zoster im Wochenbett 660.
Kutner, R., Die Hochfrequenzbhdlg. d. Blasentumoren mittels Elektrokoagulation 488.
Kuznitzky, Erich, Exper. u. klin. Beiträge z. Frage der Hauttalgsekretion 404.

Labernadie, G., Epidermolysis bullosa 660.
Laborderie, J., Die Bhdlg. der Harnröhrenstrikturen 444.
Labourdette s. de Beurmann.
Lacapère, Syphilitische Reinfektion n. Salvarsan 172.
Lacassagne, A., s. Crèmieu.
Lagarde, M., Üb. die Ursachen d. Haarausfalles 383.
Lain 91.
Lamare s. Balzer.
Lambron, René, Btrg. z. Kenntnis d. chirurg. Bhdlg. d. Genitaltuberkulose, die bilaterale Vaso-Epididymektomie 387.
Lampe, E. u. Klose, H., Üb. Molyform 649.
Landesmann s. Balzer.
Landouzy u. Pinard, Marcel, Leukoplakie neben e. syphilit. Schanker. Wahrscheinliche syphilitische Reinfektion 711.
— — Rezente Syphilis. Leukoplakie der Kommissur. Möglichkeit einer früheren Syphilis 712.
Lane, E. 237.
Lapeyre, Victor, Klin. Beobachtgn. üb. die Entwicklg. der Diphtherie wd. oder im Ablauf der Masern 701.
Larroque s. de Beurmann.
Launoy s. Armand-Delille.
Laurent, Charles, Syphilit. Glykosurie 326.
Lazarew, W., Wird das zu therap. Zwecken in den Organismus eingeführte Hg in die Zerebrospinalflüssigkeit abgeschieden? 262.
Lebar u. Jourdanet, Syphilit. Schanker am Daumen mit eitriger Gelenkentzündung 324.
Lebe, F., Üb. epileptiforme Anfälle n. Salvarsan 231.
Lebedeff, Xanthoma pseudiabeticorum lymphaticum 199.
Lebenthal, Dorothée, Studie über lokale Bhdlg. mit Salvarsan 265.
Lebreton, Paul, Die Abortivbhdlg. d. Blennorrhagie 437.
Lecène, P., Ein Fall von Leukoplakie des Nierenbeckens 436.
Le Clerc Dandoy, Die zweizeitige suprapubische Prostatektomie 494, ferner 39.
Leclercq, J., u. Culot, P., Die Serumkrankheit 651.
Lederer, Otto, Gonokokkenvakzine als diagnost. Hilfsmittel 64.
Ledermann, R., u. Bendix, Kurt, Die mikroskop. Technik im Dienste der Dermatologie. Ein Rückblick auf die Jahre 1911—12 405.
— 88.
Ledo, Antonio, Zwei Fälle v. Molluscum contagiosum 114.
Lefebre (Toulouse), Ein Fall von syph. Geschwulst der Wadenmuskeln 123.
Lefèvre, H., Einfaches perforierendes Geschwür der Blase 347.
Legendre, Joltrain, E., u. Lévy-Franckel, Disseminiertes Xanthom mit sekund. Keloiden 381.
Legueu, F., Antrittsvorlesung 36, 177.
— Die diffuse perivesikale Phlegmone 345.
— Einige prakt. Bemerkgn. üb. die Bhdlg. v. nicht traumat. Harnröhrenverengerungen 463.
— Klin. Wert u. Interpretation der urosekretorischen Konstante 674.
Lemeland u. Brisson, Salvarsan i. d. Klinik Tarnier 265.
*Lenartowicz, J. T., Ein Fall von isolierter primärer Gonorrhöe eines akzessorischen Ganges am Penis 97.
Lengemann, P., Ersatz der exstirpierten Harnblase dch. das Zökum 487.

Digitized by Google

Lenoir, Olivier, Wirkg. des Traumas auf die Wiederbelebung der Syphilis 712.
Leredde, Salvarsanfieber bei syphilit. Nervenerkrankgn. 171.
— Typhoide Intestinalerscheingn. nach Neosalvarsan 171.
— Zufälle bei Neosalvarsan. Technik u. Dosierg. 171.
— Die Regeln d. Bhdlg. der Nervensyphilis 206.
— Die Reaktion v. Hecht-Weinberg bei syphilit. u. Augenaffektionen 242.
— Die Todesfälle nach Neosalvarsan 321.
— Die geringfügigen Zufälle nach Salvarsan 325.
— Mechanismus der kleinen Zufälle nach Salvarsan und Neosalvarsan 433.
— u. Rubinstein, Die maximale Variation der Wasserm. Reaktion 323.
— — Vergleichende Studie über einige Methoden der Serodiagnostik 434.
Lesser, F., Zur Verfeinerg. d. Wasserm. Reaktion 87.
— Zur Verfeinerg. d. Wasserm. Reaktion u. Vermeidg. divergenter Resultate 456, ferner 87.
Lestzinsky, Jakob, Aus dem Sexualleben der russisch-jüdischen Studentenschaft 60.
Levaditi, C., Die Rolle des Organismus b. d. medikamentösen Heilg. der Spirillosen 626.
— u. Danulesco, V., Aus syphilitischen Produkten kultivierte Spirochäten 606.
— u. Twort, C., Wirkg. des Salvarsans auf die Treponemen u. syphilit. Läsionen 263.
Levi, E., Beitrg. z. Kenntnis d. latenten Formen der Lues 203.
Lévy, E., Probleme der spezif. Tuberkulosebehandlung 709.
— Emm. s. Brocq.
— Fernand, Der Typhus exanthematicus. Ätiologie. Klinik 702.
Lévy-Bing, Alfred, Notwendigkeit d. Verwendg. chem. reinen Wassers bei Neosalvarsaninjektionen 172.
— u. Duroeux, Louis, Hyperostosen d. langen Röhrenknochen bei hereditärer Syphilis 520.
— u. Morin, A., Bhdlg. d. einf. Schankers m. lokalen Salvarsanapplikationen 154.
— s. Janet.
Lévy-Franckel s. Gaucher, Legendre.
Lewandowsky, F., Die Tuberkulose d. Haut 705.
Lewin, Arthur, Blasengeschwülste bei Arbeitern in Anilinfabriken 674.
Lewtschenko, DD., Ein Fall von Lichen variegatus (R. Crocker) Parapsoriasis lichenoides Brocq 462.
*— Zur Klinik u. Histologie des Lichen variegatus R. Crocker (Parapsoriasis lichenoides Brocq) 501, 528.
Licourt, Georges, Üb. die prakt. abortive Bhdlg. der Blennorrhöe des Mannes 579.
Lieber, M., Die Verbrennungen u. ihre Behandlung 657.
Liebermann, Kaninchensyphilis 30.
— Die Infektion der Kaninchen mit Blut von Syphilitikern 378, ferner 29.
Lier, Wilhelm, Üb. zwei Fälle hartnäckiger Urtikaria n. intraven. Salvarsaninjektionen 148.
*— Sklerodermieartige Hautveränderungen. nach Skorbut 157.
Lilley, Charles H., Üb. einen Fall von (melanotischem) Naevocarzinoma des behaarten Kopfes b. e. 19j. jungen Manne 199.
Lindenheim, H., Erfahrgn. m. dem Salvarsanpräparat Joha 149.
Lindvall, Hermann u. Tillgren, J., Btrge. z. Kenntnis d. Lungen- und Tracheobronchialsyphilis 122.
van Lint u. Steinhaus, Xanthelasma der Augenlider, welches dch. subkut. Proliferation z. e. tumorartigen bilateral. Xanthom der vord. Temporalgegend führte 381.
Lintz, W., Eine einfache Methode der Blutentnahme für bakt. u. serolog. Zwecke 72.
Lippmann s. Gilbert.
— Artur u. Quiring, Walter, Die Röntgenuntersuchg. der Aortenerkrankungen m. spez. Berücksichtg. d. Aortenlues 204.
*— Ein Fall von Aortitis auf Basis einer kongenit. Lues 213.
Little, E. G. G., Fall von (?) Erythema multiforme 145.
— Zwei Fälle z. Diagnostizieren 373.
— Zwei Fälle von Oedema neonatorum 373.
— Fall von Erythema multiforme mit ungewöhnl. Erscheinungen 375.
— Fall von epitheliomatösem Tumor am Fuße 375.
— Fall z. Diagnostizieren 673.
— Fall v. Dermatitis artefacta 673.
— Fall v. Lichen planus hypertrophicus 673.
Loeb, Fritz, Index bibliographicus der sexualhygienischen Literatur 36, 486.
Löhe, Schwere Folgezustände n. Salvarsaninjektionen 86.
— Akrodermatitis atrophicans (Herxheimer) 319.

Digitized by Google

Löwenfeld, L., Üb. den sexuellen Präventivverkehr u. seine Bedeutg. als Ursache von Nervenleiden 520.
Lohnstein, H., Untersuchgn. üb. die Länge der Pars posterior urethrae bei Urethritis u. Urethroprostatitis 258.
— Eine neue Lampenmodifikation am Operationszystoskop u. ihre Verwendung 260.
Lombardo, C., Btrg. z. Studium des Pseudomilium colloidale 514.
— Eigentümliche Elastinbildgn. zwischen Riesenzellen in Fällen von Lepra 515.
Longo, Pasquale, Dermatitis exfoliativa chron. (maligner Typus v. Bazin) nach Psoriasis 285.
Lotheissen, Georg, Üb. Bhdlg. mit Novojodinpaste 649.
Loumeau, E., Kongenitale Harnröhrenstriktur 39.
— Die therapeutische Blasenfistel 676.
Low, R. Granston, Malleus acutus 118.
Lower, William E., Die Cystotomia suprapubica bei Blasenstein; Indikationen u. Operationsmethode 466.
Lowinsky, Julius, Z. Kenntnis d. syphilit. Fazialislähmung 405.
Lubenau, Alfred, Beitrag z. therapeut. Anwendg. des Salvarsans bei nicht syphilitischen Erkrankgn. m. bes. Berücksichtigung der Hauterkrankungen 633.
Luisidis (Smyrna) 612.
Luithlen, Fr., Mineralstoffwechsel eines mit Hafer ernährten Kaninchens bei Zufuhr von oxalsaurem Natrium 610.
— Veränderg. des Chemismus der Haut bei verschiedener Ernährg. und Vergiftungen 610.
Lukina, A. G., Üb. einen Fall von Nierendystopie 260.
Luys, Georges, Katheterismus der Ductus ejaculatorii 677.
Lyle, Henry H. M., Scharlachrot-Intoxikation 127.

Macchi, A., Über die Wassermannsche Reaktion 344.
MacCormac, H., Fall von sogenannter „Crockerscher Akne agminata" 375.
— s. Choyce.
MacKenzie, David W., s. Keyes.
MacLeod, J. M. H., Fall von Xanthoma tuberosum multiplex mit eigentüml. osteoarthritischen Veränderg. an den Gelenken 145.
— Keloide an den Ohren als Folge des Durchstechens für Ohrringe 147.
— Multipler Lupus vulgaris im Anschluß an Masern b. e. 5j. Mädchen 374.
MacLeod, J. M. H., Fall von universeller fleckiger Pigmentierung am Rumpfe und a. d. Extremitäten 375, ferner 146.
MacMunn, J., Die Ionisationsbehandlung des Trippers 63.
Machado, Werneck, Myiasis linearis 403.
Machow, D., Zur Frage über Kedrowskys „Leprakulturen" 549.
Maiola, Bonaventura, Vergleichende Untersuchgn. üb. die klin. Methoden zur quantit. Eiweißbestimmung im Urin u. in pathol. Flüssigkeiten 497.
Maisons, A. M., Nephritis und Masern 701.
Maj, Emilio, Die Wasserm. u. Präzipitinreaktion bei Pellagrösen 655.
Maki, G., Histologische Untersuchg. des Lupus erythematosus disseminatus 602.
Malet, Ch., Salvarsan u. Rezidive 266.
Malinowsky, Felix, Neosalvarsan und Salvarsan 35, 485.
Manasse, Ludwig, Ein Fall v. Orchitis et Epididymitis parotidea b. e. Säugling 491.
Mandl (Budapest), Z. Bhdlg. der chirurgisch-tuberkulotischen Erkrankgn. u. der trägen nekrotischen Geschwüre 706.
Manoiloff, E., Üb. die Verdauungsfähigkeit des Normal- und Luesserums 715.
Marbaix (Tournai), Schanker des Augenlids. Salvarsan. Neurorezidiv am Ohre 711.
Marcus, Karl, Klin. Beobachtgn. üb. die Prognose der kongenitalen Syphilis 600.
Marcuse, Max, Üb. Atonie der Prostata 492.
Marghoux, E., Das Lepraproblem 548.
— u. Sorel, F., Lepra der Ratten 550.
Mariani, A., s. Volpino.
— G., Btrg. z. Studium der Ätiologie u. Pathogenese d. menschl. Molluscum contagiosum u. d. kontag. Epitheliums d. Vögel 355.
Marie, Pierre, u. Chatelin, Charles, Salvarsan bei Chorea v. Sydenham 300.
— P. L., s. Teissier.
Marion, G., Ureterenkatheterismus bei offener Blase 38.
— Tod dch. Luftembolie wd. einer Prostatektomie 347.
— Was fünf Tuberkel in einer Niere bewirken können 436.
— Symptome u. Diagnose der Blasensteine 465.
— Zystoskopie bei Blasensteinen 675.
— Entfernbare Kugel z. Fixierung des Zystoskops 675.

Digitized by Google

Markus, N., Unsere Resultate der Tripperbhdlg. beim Weibe 67.
Markuse, Julian, Eine neue Auslegung des § 184 Abs. 3 486.
Marlot, Théodore, Nierensyphilis und Salvarsan 265.
v. Marschalkó, Th., Üb. Neosalvarsan 151.
— u. Veszprémi, D., Histol. u. experim. Studien üb. den Salvarsantod 233.
Marshall, C. F. 237.
Martin, Angel Pulido, Endoskop. Bhdlg. einer chron. inkrustierenden Zystitis 465.
Martin, Clarence, Chirurgie d. Harnwege in alten Zeiten 147.
Martin, N., Üb. den Wert von Queckbereinreibgn. u. v. Hektine b. d. Bhdlg. d. syphilit. Hepatomegalie 263.
Martinet, Alfred, Der sphygmorenale u. der urosekretorische Koeffizient 174.
Martinotti, Leonardo, Üb. einen eigentüml. Fall von akutestem Ödem des Gesichts u. d. Genitalien 517.
— Erythema nodosum, Rheumatismus und Tuberkulose 679, ferner 556.
Martius s. Blecher.
Maryanovitch, V., s. Bach.
Mascarenhas, C. O., Btrg. z. Kenntnis der Bhdlg. des Hodenkrebses 492.
Matsumoto, J., Fünf Fälle von Blasenkrebs 518.
— Üb. Blenolin 409.
— Sh., u. Ando, A., Üb. Syphilis der Eheleute 116.
Matsuo, J., Üb. die klin. u. serolog. Untersuchungen der paroxysmalen Hämoglobinurie, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Isolysine 544.
Matzenauer, Rudolf, Die unsichtbare Salbenbhdlg. m. d. Ebagapräparaten 69.
— Durch Alkaliabgabe des Glases bedingte toxische Nebenwirkgn. nach intravenösen Salvarsaninjektionen („Glasfelder") 555.
Mautner, Hans, Harntoxizität und Masern 700.
Maverick, Augustus, Ätzendes über Wien („Vienna caustic") 715.
May, E., s. Brocq.
Mayer, Hermann, Welchen Zweck hat die quantit. Bewertg. der Wassermann-Reaktion? 212.
del Mazo, E. Garcia, Trigeminusneuralgie u. Fazialisparalyse inf. v. Syphilis 114.
Mazzini, Fr., Hektine u. Hektargyre in der Luestherapie 263.
McDonagh, J. E. R., Der Lebenszyklus des Syphiliserregers 89.
— Pathologie d. Haut des Augenlids u. nasofaziale Geschwülste 147.
— Die vollständige Lebensgeschichte des Syphiliserregers 235.
— Der Lebenskreislauf des Syphilisorganismus unter Vorführg. von mikroskop. Präparaten 374.
— Der vollständige Lebenslauf des Syphilisorganismus 406.
*— Der Lebenszyklus des Mikroorganismus der Syphilis (Leukozytozoon syphilidis) 413, ferner 237.
McMurtry, Charles Wood, Dermatologische Therapie. Salizylsäure 541, s. auch Jackson, G. Th.
McNeil, A., s. Schwartz.
Meachen, G. N., Kosmetik f. Kinder 59.
— u. Provis, F. L., Fall von Alopecia areata et totalis, Heilg. dch. Gravidität, Rezidiv beim Wiedereinsetzen der Menses 146.
Meader, F. M., s. Elsner.
Meaux Saint-Marc, s. Gougerot, Touchard.
Meder (Cöln), Zwei Fälle von verspäteter Abheilung der Impfpusteln 705.
Megowozian, H., Pityriasis rubra Hebra incipiens oder Ichthyose irritable Besnier? 569.
— Ulcus molle am Penis 570.
Meier, Georg, Die techn. u. klin. Grundzüge der Wassermannschen Reaktion 210.
Melnikoff, A. E., Ersetzg. des Ureters dch. eine Dünndarmschlinge 348.
Mensi, C., Zytologische Beobachtgn. bei Windpocken 702.
Menzer, A., Bakterienfunde bei Psoriasis 152.
*Merian, Louis, Positiver Leprabazillenbefund in den Fäzes bei an leprösen Schleimhautveränderg. des Kehlkopfs leidenden Patienten 269.
— Einige röntgentherapeutische Fragen in der Dermatologie, die den Praktiker am meisten interessieren 628.
— s. auch Busse.
Merkuriew, Die experimentelle Syphilis beim Kaninchen 713.
Meschtscherski, Fall von verstümmelnder gummöser Syphilis 60.
— Die Hautklinik von Prof. Nicolas in Lyon 461.
— u. Grintscher, Ein Fall von Sklerema respiratorium der Nase u. des Rachens 201.
— ferner 372.

Digitized by Google

Meyer, H., s. Bering.
Michel (Lyon) s. Thévenot.
Michon, E., Autoplastik bei schweren urethrorektalen Fisteln 37.
Midelton, W. J., Üb. die Entstehung von Ödem als Folge von übermäßiger Aufnahme von Kochsalz 651.
Milian, Intoleranz gegen Salvarsan 322.
— Der Apparat von Duret zur Darstellg. u. Konservierg. von aseptischem u. absolut destilliertem Wasser 435.
— Bock, Aseptauton Duret zur sofortigen automatischen und konstanten Sterilisation und Reinigung von Neosalvarsanlösgn. oder anderen Injektionsflüssigkeiten 435.
— u. Sauphar, Syphilit. Reinfektion nach Salvarsan 324.
Mills, C. H., Lungenembolie nach intramuskulärer Quecksilberinjektion 331.
Mine, M., s. Dohi, K.
Minerbi, G., Herpes zoster, Headsche Zonen u. Nierenerkrankungen 660.
Minet, H., Bhdlg. d. einseitigen Nierentuberkulose 176.
Mitsuda, K., Histolog. Untersuchg. der Rattenlepra 116.
Miyata, T., Üb. einen Fall von primärem Kankroid infolge von Ekzema chronicum in der Schamgegend 603.
Moeller, Rudolf, Die modernen Forschungsresultate der Syphilis, spez. das Ehrlich-Hata-Präparat, m. bes. Berücksichtigg. der syphil. Erkrankgn. der Mundhöhle 713.
Molodenkoff, A., Das Fleckfieber bei Kindern n. d. Material des Morosoffschen Kinderkrankenhauses in Moskau wd. der Epidemie d. Jahres 1911 703.
Mondschein, Stanislaus, Ein neuer Apparat für intravenöse Salvarsaninfusionen 612.
Monnot, G., Purpura bei Tuberkulose 657.
Monobe, J., s. Sugai.
Montesano, V., Beobachtgn. üb. das Collesche Gesetz 517.
— s. Caruccio.
Montgomery, Douglas W., Psoriasis. Der Wert v. Bädern u. Mazeration bei deren Bhdlg. 152.
— Seborrhöe der Unterlippe u. deren Beziehg. z. Epitheliom 459.
— Der Verlauf, welchen das Virus des Herpes zoster nimmt, um das Nervenganglion zu erreichen 540.
Mook, W. H., Bericht über vier Fälle von Keratosis follicularis (Dariers Krankheit) 200.
Moore, N. 237.
Morali, Fernand, Versuch üb. die Pathogenese d. syphilit. Roseola 204.
Moreau, Camille, Bhdlg. der Syphilis mit Salvarsan 264.
Morel s. Weil.
Morelli, G., Akuter nicht blennorrhoischer Abszeß der Prostata 493.
Morgan, G. F. E., Scharlachartige Masern 700.
Morin, A., s. Lévy-Bing.
Morosoff, Lichen palmaris unilateralis 29, ferner 29, 597.
Morosow, N., Ein Fall von serpiginöser gummöser Syphilis 571.
Morris, H. 236, 238.
— M., Prurigo, Ekzema pruriginosum u. Lichenisierung 146.
— Fall v. Ichthyosis 146.
— u. Dore, S. E., Fall von spät entstandener Ichthyosis 146.
— — Fall von ausgedehntem infektiösem Angiom (Hutchinson) 375.
Morrow, Louise, u. Bridgeman, Olga, Blennorrhöe bei Mädchen; Behandlung v. 300 Fällen 66.
— Prince A. 500.
Mosny, Javal, u. Dumont, Hydronephrose v. 30 Litern 346.
Moss, W. L., Paroxysmale Hämoglobinurie 543.
Mott, F. W. 237.
Motz, B., Bhdlg. der Nierentuberkulose mit Tuberkulin 39.
— Bhdlg. der Prostataabszesse 348.
Moure, P., u. Baufle, P., Muskuläre Sporotrichose 152.
Mouriquaud s. Weil.
Moutot s. Nicolas.
Msareulow, Z. Frage des Hautpigments 461.
Müller u. Dahl, Die Innervierg. d. männl. Geschlechtsorgane 384.
— (Gerstedten), Heilg. eines Malum perforans dch. Zinkperhydrol 680.
— Arthur, Ein Vorschlag f. eine neue Bhdlg. d. Blennorrhöe beim Manne 66.
— Üb. die Deckg. v. Harnröhrendefekten mittels Thierschscher Transplantation 464.
— Hermann, Die therapeutische und diagnost. Bedeutg. der Vakzination b. Blenorrhöe des Mannes 576.
— R., u. Stein, R. O., Die Hautreaktion bei Lues u. ihre Beziehg. zur Wassermannschen Reaktion 713.
— Reiner, u. Willich, Karl Theodor, Sarzinen i. d. menschlichen Harnblase 464.
Münch (Darmstadt), Hygienische Vorträge vor Fortbildungsschülern 36.

Digitized by Google

Mulzer, P., Üb. die Verwendg. d. Chokolins b. d. Therapie d. akut. Blennorrhöe u. ihren Komplikationen 66.
Munk (Berlin), Üb. weitere Erfahrgn. m. Azetonextrakten b. d. Serumdiagnostik der Syphilis 715.
Murata (Tokio), Eine spezif. Reaktion m. dem Extrakte aus leprösem Gewebe 116.
Muta, K., Üb. die akute Arsendermatitis 409.

Nahan, Louis, Üb. die verschiedene Anwendg. der Elektrizität i. d. Bhdlg. von Warzen 355.
Nakagawa, J., s. Akutsu.
Nakano, H., Üb. die Reinzüchtung der Spirochaeta pallida 116.
— Über Immunisierungsversuche mit Spirochäten-Reinkulturen 602.
Nanta, A., Studie üb. die Lympho- und die Myelodermien; Manifestationen an der Haut bei leukämischen und aleukämischen Zuständen 32, 33, 326.
— Syphilis und Lymphomatose 671.
Napoli, Ferdinando de, Üb. extragenitale u. perigenitale venerische Geschwüre im Zusammenhang mit e. Fall von Inokulation vener. Geschwüre auf Herde von inguinaler Epidermophytie 284.
— Ein einfacher Kunstgriff zur besseren Untersuchg. der Spirochaeta pallida m. d. Ultramikroskop 606.
Nassibian, Archak, Btrg. z. Kenntnis der Pleuritis syphilitica 205.
Negoro, T., Fall v. Idiosynkrasie gegen Salvarsan 409.
Negrete, Carlos, Ein Fall von Papillom der Blase dch. Zystoskopie diagnostiziert und auf suprapubischem Wege exstirpiert 488.
Neiditsch, Ad., Untersuchungen üb. den Eiweißabbau bei einigen Dermatosen 598.
O'Neil, R. F., Karzinom der Blase 489.
Neumann s. Fellner.
Neumann, R. K., Die Narkotika u. Rauschmittel im Sexualleben 410.
Neumayer, V. L., Versuche einer „Richtung" bzw. Anreicherg. der Salvarsanwirkung 632.
Newell, A. G., Die Bhdlg. der Variola mit Jodtinktur 704.
Nichols, Henry J., u. Hough, William H., Nachweis der Spirochaeta pallida im Liquor cerebrospinalis b. e. Patienten mit Neurorezidiv nach Salvarsananwendung 714.
Nicolas, J., u. Charlet, L., Änderg. der Wasserm. Reakt. bei bhdltn. Syphilitikern 33.
— u. Moutot, Die Pellagra 652.
Nicolau (Bukarest), Das sogenannte „Ekzema marginatum" von Hebra 431.
Nicolich, Giorgio, Hydatidenzyste, die sich in den Darm öffnete 175.
— Tod dch. Luftembolie n. Lufteinblasung in die Blase 347.
— Üb. zwei Fälle v. fast vollständiger Blasenexstirpation beim Blasentumor 409.
Nitze, Oskar, Üb. die Wirkg. des Santyls bei blennorrh. u. ähnlichen Krankheiten 578.
Nobl, Gabriel, Granuloma nodulare et confluens (Typus Boeck) 118.
— Trichostasis spinulosa 403, ferner 96.
Nogier, Th., Die Radioskopie der Niere 350.
Noguchi, Y., Üb. die Verteilg. der pathogenen Keime in der Haut mit Bezug auf die Hautdesinfektion 611.
Nonell, J., Bhdlg. der Psoriasis u. mancher Ekzemformen mit Chrysarobin-Teerbädern 696.
Nonne, M., Klin. u. anatom. Untersuchg. eines Falles von isolierter echter reflektor. Pupillenstarre ohne Syphilis bei Alcoholismus chronicus gravis 208.
— Diagnose u. Therapie der syphilogenen Erkrankgn. des Zentralnervensystems 605.
Noorden, C. v., Üb. die Beziehungen zwischen Harnazidität und Albuminurie 543.
Norburg, Frank Parsons, Staatliche Versorgung der Geistesschwachen und Geisteskranken 580.
Notthaft, Albrecht von, Alopecia areata und Syphilis 694.

Obraszoff 29, 198, 596, 597.
Odstrčil, J., Erfahrgn. mit Neosalvarsan 151.
Oehlecker, F., Urinintoxikation bei intraperitonealer Harnblasenruptur 467.
Oehme (Göttingen), Üb. diffuse Sklerose v. Haut u. Muskeln m. Kalkablagerung 383.
Ogden, J. Bergen, Die Bedeutg. einiger Bestandteile des Urins 499.
Okoshi, T., s. Akutsu.
Oksenow, Üb. die Bhdlg. der Rose mit Ichthyolkollodium 60.
Onuf, B., Üb. den Eunuchoidismus 59, 147.

Digitized by Google

Oppenheim, Hans, Z. Frage der Wundnahttechnik 631.
— M., Üb. die Entwicklung u. den gegenw. Stand der Salvarsantherapie 124.
Oppenheimer, R., Die Pyelitiden 676.
Orlowski (Berlin), Üb. seltene reflektor. Folgezustände der Kollikulus-Hypertrophie 258.
Ormsby, Oliver S., Pellagra 90.
Ossola s. Ciuffo.
Ottow, Benno, Ein primäres Urethralkarzinom der Fossa navicularis 261.

Palazzoli, M., Hintere Urethroskopie 40.
— u. Vacqueret, Ch., Üb. die Bakteriurie 349.
Paldrock, A., Eine einfache Methode, Leprabazillen i. der zu unters. Haut nachzuweisen 405.
— Untersuchg. der Jakutenspeise auf Leprabazillen 549.
Papée, Jan, Üb. die Vakzinotherapie blennorrh. Komplikationen 64.
Paramonoff, G., Chancre mixte 180.
Parent, Ferdinand M., Antisyphilit. Therapie u. Wasserm. Reaktion 244.
Paschkis, Heinr., Gewerbliche Hautverätzungen 658.
Pasini, A., Üb. die Purpura annularis telangiectodes 344, 513.
— Cutis verticis gyrata 514.
Pattison, C. R. M., Die Kontagiosität der Lepra 553.
Patton, W. S., Das Problem des Kála-Azar 607.
Pautrier, Belot, Fernet u. Delort, Mykosis fungoides mit sekund. sarkomatöser Degeneration 435.
— u. Fernet, L., Tuberkulöse, schankriforme Läsion der Oberlippe 174.
— — u. François, Angiomatöse, infiltrierte, polymorphe Angiodermitis (ähnlich Lupus pernio u. Sarkoiden) 174.
— — u. Françon, Parapsoriasis en gouttes bei einer Syphilitischen 435.
— s. auch Brocq.
Pavloff, A. N., Spätresultate der Transplantation der Ureteren in das Rektum 40, ferner 198.
Payen, P., s. Soupault.
Pedersen, Victor Cox, Chronische Blennorrhöe beim Manne. Die Schwierigkeit der Heilung durch die gewöhnliche Behandlung 572.
— Adenomatöse Hyperplasie der Prostata 493, ferner 597.
Pellier, Eine neue Onychomykose 32.
Pepy, Pierre H. J., Salvarsan bei Tabes und allgemeiner Paralyse 265.
Pereschiwkin, Üb. die Polypen der hinteren Harnröhre 597.
Perez-Grande, Enrique, Diagnose u. Bhdlg. der Urinvergiftung 58.
Perkel, H., Geschwür am Penis u. After 569.
— Üb. die Ursachen eines falschen Resultates der Wassermannschen Reaktion 571.
— Fall v. zwei Tage lang andauernder Hirnkongestion nach drei intraven. Injekt. v. Neosalvarsan 117.
— Üb. die Diagnose der Syphilis m. des Ultramikroskops 378, ferner 570.
Pernet, George, Photographische Abbildung eines Falles v. Mykosis fungoides d'emblée 147.
— s. Crocker, Radcliffe.
Perrin, Théodore 524.
Person, G. H., Harnröhrendränage b. d. Bhdlg. chronischer Urethritis 443.
Perutz, Alfred, Üb. Ätzgeschwüre nach Wasserglas (Kieselsaures Natrium) 659.
Peschié s. Kolle.
Petersen 198.
Petges (Bordeaux), Magnesia usta i. d. Bhdlg. der Verrucae planae 355.
— G. u. Desqueyroux, Tuberkulose u. Psoriasis 670.
— s. auch Abadie.
Petrini de Galatz, Wie weit sind wir mit der Bhdlg. der Lepra? 552.
— Einfluß der Schwangerschaft auf Psoriasis vulgaris 173.
Peyri, J., Fall von seltener Morphologie u. Lokalisation eines Cornu cutaneum 111.
— Ein Fall v. Rotz mit Malleininjektionen geheilt 115.
— Differentialdiagnose der einzelnen Hautepitheliomarten u. ihre prognost. Bedeutung 408.
— Das Salvarsan bei Lepra. Einfluß desselben auf die Wasserm. Reaktion bei dieser Erkrankung 695.
Pfister, Edwin, Üb. eierhaltigen Harngrieß bei Bilharziakrankheit 238.
— Ein Harnröhrenstein bei Bilharziakrankheit 345.
Pflanz, Ernst, Zur Balneotherapie von Nierenleiden 497.
Philipp, Paul, s. Zinsser.
Phocas (Athen), Der inguinale Weg bei Operationen der Hüllen d. Hodens u. d. Samenstranges 176.
Pick, Üb. Haarwanderg. im menschl. Körper 169.
Picker, R., Ohne Antiseptikum bhdlte. Blennorrhöefälle 65.

Digitized by Google

Picot, Gaston, Syphilis der Blase u. der Urethra 38.
— Papilläres Epitheliom des Nierenbeckens 38.
Pied, Henri, Wie uns das Gesetz vom altenierenden Auftreten von Krankheitssymptomen dazu gebracht hat, von einem gewöhnlichen Ekzem bei einem Säugling ausgehend, eine hereditäre Lues von wahrscheinlich paterner Herkunft zu entdecken 331.
Pielicke, Oskar 636.
Pieraccini, G., Verdorbener Mais und Fehlen der Pellagra in Brasilien 653.
Pieri, G., Akute diffuse Peritonitis blennorrh. Ursprungs 575.
Pieser, R., Ein Fall von Syphilis der Blase 486.
Pigassou, Charles, Btrg. z. Kenntnis d. Elefantiasis allg.-infekt. Ursprungs, ihre moderne Bhdlg. 381.
Pinard, Marcel, s. Landouzy.
Pinch, A. E. H., Bericht üb. die im Radiuminstitute i. d. Zeit vom 14. Aug. bis 31. Dez. 1912 ausgeführten Arbeiten 628.
*Pinkus, Felix, Zur Kenntnis der syph. Hirnreaktion n. d. zweiten Salvarsaninjektion 196, ferner 87, 89, 430.
Plesch, J., Karczag, L., u. Keetman, B., Das Thorium X i. d. Biologie u. Pathologie 68.
Plicque, F. A., Die antisyphilit. Bhdlg. der Aortitiden u. d. Aortenaneurysmen 205.
— Die Bhdlg. der Alopezien 383.
Plonquet, Emile, Üb. einige Fälle von syphilit. Iritis, bhdlt. mit Salvarsan 205.
Podwysotzkaja, Fall zur Diagnose 596.
Poehlmann, A., Btrge. z. Ätiologie der Alopecia areata m. experim. Untersuchgn. üb. die Thallium-Alopezie 404.
Pollitzer 378.
— Hanns, Chondroiturie u. fakultative Albuminurie 498.
— S., Ein Ekzema recurrens d. Hände 200.
*— Das Ende der Parasyphilis 525.
— Hautkrankheiten in Beziehg. zu den Geschlechtsorganen 624.
Pomaret s. Brocq.
Portig (Frauendorf), Eine seltene Erscheing. a. d. Haut einer Patientin mit Niereninsuffizienz 625.
Posner, Hans L., Z. Frage der perinealen Prostatektomie 260.
— Btrg. z. Chirurgie d. Prostataatrophie 674.
Pospelow jun., W., Skleroma respiratorium (Rhinoskleroma) 201.
Powell, A. 238.
Power, D. A. 237.
Pozzilli, P., Üb. intermitt. Fieber bei Tertiärlues. Beitrg. z. Therapie m. intravenösen Sublimateinspritzungen 95.
Pringle, J. J., Fall von (?) Urticaria perstans annulata et gyrata 146.
— Eine angiokeratomatöse Familie 376.
— S., Radikaloperation b. maligner Erkrankg. des Hodens 490.
Prio, A., s. Comas.
*Probitzer, Guido von, Praktische Bemerkgn. zur Diagnose der pellagrösen Hautveränderungen 637, ferner 388.
Proetor, F. R., Dermatitis n. Anwendg. von Arnika 659.
Provis, F. L., s. Meachen, G. N.
Prowazek, S. v., Z. Ätiologie des Molluscum contagiosum 379.
Pstrokonski, Joseph, Otitis media blennorrh. acuta 34, 984.
— Die Komplikationen der Blennorrhagie. Otitis media blennorrhoica 349.
Pulvirenti, G., Die in den Provinzen Catania u. Caltanisetta beobachtete Leishmaniose d. Haut 179.
Pusey, William Allen, Üb. das Lippenepitheliom 458.
Putzu (Cagliari), Btrg. z. Studium der Blasenhernie 467.

Queyrat u. Bouttier, Ein Fall von Leukoplakie der Kommissur ohne präexistierende Syphilis 545.
Quiring, Walter, s. Lippmann.

Rabello, Eduardo, Blastomykosen u. Sporotrichosen 403.
Rabinowitsch, Die Leprabazillen im zirkulierenden Blut der Leprösen und im Blut aus dem Herz eines Fötus einer Leprösen 550.
— M., Üb. die Komplementbindg. bei Flecktyphus dch. den wässerigen Extrakt a. d. Flecktyphuserreger 703.
Rabourdin, Georges, Der syphilit. Schanker d. behaarten Kopfhaut 180.
Racinowski, Albin, Fall von Cutis verticis gyrata Jadassohn-Unna 35, 485.
Radaeli (Cagliari), Einige Bemerkgn. üb. das dermatolog. Arbeiten 284.
Ragusin, Neocle, Ein Fall von Mykosis fungoides 178.
Raices, José A., Bhdlg. mit Fibrolysin 178.
Rajat (Vichy), Verwendg. d. Salvarsans p. rectum 117.
Ramond, L., s. de Beurmann.

Digitized by Google

Randall, Alexander, Die Ätiologie der einseitigen Nierenblutung 496.
Raubitschek, Hugo, Z. Frage einer spezifisch-diagnost. Reaktion bei Pellagra 654.
Rault, Maurice, Beziehgn. d. infantilen paroxyst. Hämoglobinurie z. heredit. Syphilis 202.
Ravaut, Paul, Rezidiv eines Schankers in situ 326.
— Lupus nodularis non exedens dch. heiße Luft geheilt 433.
— Neue Injektionstechnik für Neosalvarsan 434.
— Neurorezidiv nach Salvarsan in Form einer Interkostalneuralgie 671.
Ravogli 377.
Rawskaja, Zur Kasuistik des tertiär syphilitischen Fiebers 712.
Rebaudi, S., Der Schweißdrüsenapparat bei der tödl. verlaufenden Cholerainfektion 611.
— Üb. nachträglich auftretende Primärsklerosen 712.
— U., Die Bhdlg. der Syphilis per os m. eines neuen Quecksilberpräparates (Mergal) 113.
Reimann, Th., s. Unna.
Reinhold (Hannover), Üb. die luct. Erkrankg. der Aorta 204.
Reissert, O., Ein sexualpädagogischer Elternabend 486.
Renaud-Badet s. Roucayrol.
Renault, Alex, Syphilitische Reinfektion 322.
Renaux, Hemiplegie bei frischer Syphilis 210.
— Fall v. Recklinghausenscher Krankheit 355.
De Renzi, Ein Fall v. spinaler Syphilis 95.
Retzloff, O., Üb. das Scharlach R. medicinale „Kalle" u. seine Ersatzpräparate, das Pellidol u. Azodolen 71.
Reynès, Henry, Joddämpfe in der Urologie 349.
Reynolds, Walter S., Z. Bhdlg. d. Harnleitersteine mit Ölinjektionen 495.
Ribbert, Hugo, Die Entwicklgsstörg. d. Thymusdrüse bei kongenitaler Lues 202.
Ribollet, N., Die Verwendung der Balsamika beim Tripper 239.
Richter, C., Syphilis des Herzens und der Blutgefäße 204.
— Paul, Welche Bedeutg. hat der „mal franzoso" in Italien in der ersten Hälfte des 15. Jahrh. f. d. Ansicht vom amerik. Ursprung der Syphilis 231.
Rigaud, M., Häufigkeit der Syphilis des inneren Ohres 326.
Rimini, E., Üb. den Einfluß des Salvarsans auf das Gehörorgan 636.
Ritz, H., u. Sachs, H., Erfahrgn. üb. die Serodiagnostik d. Syphilis 95.
Rivas, Darnaso, Die anatom. Diagnose d. Lepra 147.
Roark, Burchard H., Keratosis blennorrhoica 576.
Robert, Charles, Üb. scharlachähnliche Erytheme, welche nach Einspritzg. von antidipht. Serum z. Beobachtg. gekommen sind 652.
Roberts, L., 146.
Rocamora, J. Peyri, Zwei Fälle v. Sporotrichose 114.
Rocher, H. L., u. Ferron, Jean. Nierentuberkulose beim Kinde 436.
*Rock, Hans, Btrg. z. Kenntnis der Alopecia neurotica 661.
Rodriguez (Montevideo) 612.
Roland, René, Salvarsan in der sozialen Luesprophylaxe 265.
Rollet u. Genet, Syphilit. Schanker des Augenlids und des Kinnes 180.
Romanowsky, Tamara, Üb. Sarcomatosis cutis multiplex 352.
Rosanow, W. N., Lymphangioplastik bei Elefantiasis 179.
Rosenmeyer, L., Die lokale Anwendg. des Neosalvarsans im Auge 267.
Rosenthal 87.
— Melvin S., Fall von Recklinghausenscher Krankheit 147.
*Roth, Alfred, Das Lipojodin bei Syphilis 613.
Rothermundt s. Kolle.
Roucayrol, E., Btrg. z. Studium der Harnröhrenerkrankungen 485.
— u. Renaud-Badet, Beitrag z. Studium der Urethritiden 175.
Rouèche, Henri, Üb. neun Fälle von skarlatiniformen, sekundären Spät-eruptionen bei Kindern wd. der Scharlachrekonvaleszenz 682.
Roux, Etienne, Btrg. z. Kenntnis der Nierenentzündgn. im Verlaufe einer Purpura 656.
Rovsing, Thorkild, Die Diagnose der Nierentuberkulose in sehr frühen und in sehr fortgeschrittenen Fällen, Prognose u. Therapie 495.
Row, R., Einige experimentelle Tatsachen in bezug auf (indische) Kála-Azar 607.
Rubinstein s. Leredde.
Rubritius, Hans 524.
Rudolph, Max, Btrg. z. Bhdlg. der Lepra mit Nastin 402.
Rueck, G. A., Ein tödlicher Fall von Gonokokkenseptikämie 574.

Digitized by Google

*Rühl, Karl, Üb. die diagnost. Wertlosigkeit d. negat. Wasserm. Reaktion 159.
Rumpel 684.
*Rupp, Ernst, Klinischer u. statist. Beitrag zur Ätiologie der Hauttuberkulose, insbesondere des Lupus vulgaris 129.
Rupprecht (München), Die Prostitution jugendl. Mädchen in München 356.

Saalfeld, Edmund S., Üb. Radium- und Mesothoriumbhdlg. bei Hautkrankheiten 629.
Sabella, Pietro, Schweres, peristierendes Ekzem infolge von Kopfläusen 113.
— s. auch Gabbi.
Sabouraud, R., Entretiens Dermatologiques 119.
— Neue Untersuchgn. üb. die Ätiologie der Pelade 432.
— Pelade u. Basedow 671.
Sachnowskaja, Pityriasis rubra pilaris 596.
— Sklerodermie 596.
Sachs, H., s. Ritz.
*Saenger, Alfred, Hypothyreoidismus (Forme fruste des Myxödems) 357.
Salle, R., Bhdlg. d. Urethritis blennorrh. m. Antimeningokokkenserum 177, 577.
Salomon (Hirschberg), Vorschläge f. die Verbreitung unserer Merkblätter 148.
Salzmann (Hohenhonnef), Mitteilgn. üb. Radiumtherapie 68.
Sambon, L. W., u. Chalmers, A. J., Pellagra in Großbritannien 652.
Sanglier-Lamark, H., s. Gaston.
Santina, Intoxikation m. Fibrolysin 69.
Saratzeano, F., s. Andronesco.
Sasaki, S., Über die Ursache des Salvarsan- und Quecksilberfiebers bei Syphilis 518.
Saul, E., Beziehgn. der Akari zur Geschwulstätiologie 330.
Sauphar s. Milian.
Sauvage, C., Salvarsan bei syphilit. Schwangeren 266.
Savage, G., 237.
Saynisch, Üb. Salvarsan- u. Quecksilberkombination 149.
Scarlett, Rufus B., Syphilis der Nase 147.
Schafir, Syphilis gummosa ulcerosa profunda der Knochenschleimhaut 597.
— Lichen corneus 198.
Schalek, Alfred, Acanthosis nigricans m. Bericht üb. e. Fall 92, ferner 378.
Scherber, G., Z. Klinik u. Ätiologie einiger am weibl. Genitale auftretender seltener Geschwürformen 321.
Schestopal, J., Zur Frage der Komplikationen b. d. Syphilisbehandlung 570.
*Scheven, Katharina, Die ethischen Wirkungen der Reglementierung 22, 53.
— Die Erziehg. der Jugend zur sexuellen Ethik u. Hygiene 127.
Schiff, Eduard, Die Abgabe v. Radiumpräparaten aus öffentl. Stationen z. Bhdlg. privater Kranker 387, ferner 388.
Schilling, Cl., von Krogh, M., Schrauth, W., u. Schoeller, W., Die Wirkg. organ. Quecksilberverbindgn. bei Spirochäteninfektionen. 1. Mitteilung 650.
— V., Zur Frage der neuen Rossschen Entwicklung des Syphiliserregers 714.
Schindelka, Hugo 500.
Schindler, Carl, Die Bhdlg. d. Blennorrhöe, insbes. m. einer wasserhaltigen Gleitmasse als Vehikel b. Antiblennorrhoika 65.
— Die Pathogenese u. Therapie der gonorrh. Epididymitis in ihrer Entwicklung b. z. heutigen Stunde der Wissenschaft 406 (bis), 513.
Schiperskaja, Dystrophie des Knochensystems 29.
— Die Bedingungen der blennorrh. Kindererkrankgn. n. d. 8jähr. Material des Kalinkinspitals 596.
— Zur Frage üb. die Pseudofurunkulose 597.
Schiron, Beiträge zur Kenntnis der Schilddrüsenveränderungen b. d. hereditären Kindersyphilis 596.
Schlagintweit, Felix, Technik der Diagnose, Operation und Harnleiterbhdlg. bei Nierentuberkulose 61.
Schlegtendal, Medizinal-Kalender 60.
Schlesinger, H., Z. Therapie d. Hämorrhoiden 382.
— Hermann, Tumorartige Syphilis des Darmes 205.
Schlüchterer, B., Hemiplegie im Frühstadium der Syphilis 210.
Schmidt, H. E., Kompendium der Röntgentherapie 411.
— Karl, s. Herxheimer.
Schmitt u. Hans, Ein Fall von infiltriertem Erythem mit riesigen Plaques 432.
Schnabl, Franz, Üb. eine eigentüml. Mißbildg. der Gesichtshaut u. der Augenlider 513.
Schoeller, W., s. Schilling.

Digitized by Google

Schöppler, Hermann, Üb. Kryptorchismus 489.
Schourp, G., Die Bhdlg. der Syphilis mittels Kontraluesin 234.
Schramek, M., u. Weidenfeld, St., Hemisporosis cutis. Ein Fall von Hemisporose der Haut 119.
— s. auch Fernau.
Schramm, R., Üb. Aqua dest. zur Salvarsanbereitung 555.
Schrauth, W., s. Schilling.
Schultz, J. H., Üb. Hemmung d. Alkoholhämolye dch. Blutserum Luetischer 243.
Schultze, Ernst, Tabes u. Trauma 124.
Schumacher, Z. Bhdlg. der Lepra mit Nastin 244.
— Eitrige Funikulitis 491.
Schwartz, H. J., u. McNeil, A., Weitere Erfahrungen m. der Komplementbindungsreaktion b. d. Gonokokkeninfektion des Urogenitaltraktes beim Manne und beim Weibe 573.
Schwenk, A., Die farblose Schmierkur 263.
Schwenter, J., Leitfaden der Momentaufnahmen im Röntgenverfahren 542.
Scoffier, Louis, Das Salvarsan bei der schwangeren Frau u. bei Säuglingen z. Bhdlg. d. heredit. Syphilis 265.
Segale, M., Ozonisiertes syphilit. Blutserum nimmt komplementbindende Eigenschaften an 241.
Selenew, Muskelatrophie, Muskelrheumatismus, Arthritis, Keratose d. Fußsohlen b. e. Tripperkranken 201.
— Z. Frage der neutrophilen Leukozyten im Eiter 462.
Semenow, W. P., Üb. die klin. Bedeutg. der Bestimmg. des Kolloidalstickstoffs im Harn n. d. Methode v. Salkowski u. Kojo z. Diagn. d. Karzinoms d. inn. Organe 116.
Semon, H. C., Fall v. Raynaudscher Krankheit 376.
Sequeira, J. H., Zwei Fälle von Pityriasis rubra pilaris 146.
— Epitheliomatosis solaris (Spätstadium v. Xeroderma pigmentosum) b. e. 33j. Manne 146.
— Fall von Naevus unius lateralis der Haut u. Schleimhaut 146.
— Ulcus rodens am Rücken eines 12j. Knaben 90.
— Fall v. Nekrose d. Endphalangen d. linken Hand 374.
— Fall v. Lichen planus d. Handteller 374.
— Fall zur Demonstration d. weiteren Verlaufs bei Alopecia areata 375.
— Ulcus rodens in ungewöhnl. Form 376.
— Urticaria bullosa b. e. Säugling 673.
Serkowski, Stanislaw, Vakzinotherapie 484.
— Die Immunisierung gegen Pneumo- und Streptokokken 541.
Serra, Alberto, Der jetzige Stand der Lepra in Sardinien 178.
— Das Antileprol in der Bhdlg. der Lepra 285.
— s. Colombini.
Sevestre, Jacques, Das Blut u. die blutbildenden Organe (mit bes. Berücksichtg. des Knochenmarks) b. d. hered. Syphilis von Kindern im zartesten Alter 203.
Sézary, A., Die chron. Leukozytosen der Zerebrospinalflüssigkeit der Syphilitiker 120.
— Erythema nodosum und Meningitis tuberculosa 679.
Sfameni, Üb. Lues u. Konzeption 71.
Sharpe, H. A., Primeldermatitis; ihr Vorkommen in ländl. Bezirken 659.
Siebert, Conrad, s. Joseph.
Sierra, Leopoldo Rodriguez F., Radiumbehandlung des Narbenkeloids schlechter und eingesunkener Narben sowie der Keloidakne des Nackens 57.
— Zwei Fälle v. Hautepitheliom mit Radium geheilt 115.
— Bhdlg. d. Acne vulgaris, des Rhinophyma u. d. senilen Warzen dch. die physikal. Therapie u. die kleine dermatol. Chirurgie 177.
— Bhdlg. d. Akne rosazea mit Radium 408.
— Radiumbhdlg. der Ulcera varicosa 696.
Sievers, R., Übertragg. gestielter Hautlappen aus der Haut des vorderen Brustkorbes auf Fingerdefekte 155.
da Silva, Carlos, Reaktion nach intravenösen Salvarsaninjektionen 322.
Simmonds, M., Nabelschnurentzündung und Syphilis 122.
Simon, Hermann, Epidermoide seltener Lokalisation 381.
— J., Üb. Nebenwirkgn. des Neosalvarsans 329.
Simonelli, F., Experim. Untersuchgn. üb. die Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen nach intravenösen Salvarsaninjektionen 514.
— Zur Frage der sog. menschlichen Botryomykose 514.
Slatogorow, Üb. die Kultur d. syphilit. Spirochäten 379.
Smirnow, A. W., Pyonephrosis tuberculosa occlusa 117.
Smith, D. T., Eine übersehene Funktion der Bartholinschen und Cowperschen Drüsen 442.
— Homer E., Röntgenbehandlung 628.

Digitized by Google

*Sobotka, Paul, Pustulös-hyperkeratotisches Exanthem bei gonorrh. Allgemeinerkrankung 181, 218.
-- Z. Kenntnis der Myome der Kutis und Subkutis 599.
Solowieff, Weitere Beobachtungen üb. die Wirkung des Neosalvarsans 596.
Sommer, Baldomero, Das Salvarsan 177.
— u. Greco, Nicolas, V., Neosalvarsan 178, 696.
Sopraua, F., Üb. einen Fall von Exitus inf. eines Rezidivs von Hirnlues nach zwei Salvarsaninjektionen 149.
Sorel, F., s. Marghoux.
Sorin s. Hinze.
Sotelo, Manuel, Einige Bemerkgn. n. einjähr. Salvarsananwendung 697.
Soupault, B., u. Payen, P., Stabilisator der Lendengegend 677.
Sowade, H., Atrophia cutis cum hyperkeratosi symmetrica palmare et plantare 119.
Spindler, A., Bemerkg. üb. den Komplementgehalt u. die Wasserm. Reaktion des Blutes Lepröser 234.
Spitzer, E., Die bisherigen Erfahrgn. mit Ehrlichs Neosalvarsan 267.
Sprinz, Oligotrichia atrophicans faviformis 430.
Squier, Bentley, Experim. Studien üb. die Wirkg. elektr. Kauterisation auf Neubildungen.
Stadler, Ed., Die Klinik der syphilit. Aortenerkrankung 351.
Staeubli (Basel), Beobachtgn. üb. Arsenüberempfindlichkeit 631.
Stancanelli, Pietro 356.
Starkey, Frank R., Die Albuminurie 147.
Staudenmayer (Ludwigsburg), Die Krebsbhdlg. m. medikament. Mitteln 352.
Stein, R. O., s. Mueller, R.
Steinach, Eugen 556.
Steinhaus s. van Lint.
Stepanowa, Fall z. Diagnose 198.
*Sternthal, Adolf, Therapeut. Versuche mit Sulfoform (Triphenylstibinsulfid) 162.
Stevenson, A., Übermäßiger Salzgenuß als Ursache von unisersellem Ödem 651.
Sticker, Anton, Anwendung des Radiums u. Mesothoriums bei Geschwülsten 629.
Stiner, Otto, Ergebnisse d. Serumdiagnostik bei kongenitaler Lues 96.
— Untersuchgn. üb. die Brauchbarkeit der v. Dungernschen Reaktion f. d. Serumdiagnostik d. Syphilis 241.
Stoicesco (Bukarest), Harnröhrenstriktur bei der Frau 348.
Stojanowski, Ein exquisiter Fall von Fibroma cutis multiplex 379.
v. Stokar (München), Z. Technik der intraven. Salvarsaninfusion 234.
Stopford-Taylor, G. S., Einige prakt. Punkte bei der Ekzemtherapie 151.
Straton, C. R., Dermatitis venenata 659.
Strauß, Artur, Epitheliombhdlg. m. Kupfersalzen (Kupferlezithin) 352.
*— Konzentrierte intraven. Salvarsaninjektionen 400, 512.
Strauss, H., Zur Prognosestellung bei Nephritiden 674.
Stühmer, A., Über Neosalvarsan 267.
Stümpke, Gustav, Boecksches Sarkoid bei ausgedehnter Allgemeintuberkulose 456.
Stumpf, L., Bericht üb. die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1911 704.
Straßberg, Max, Üb. ein ossifizierendes Chondrom der Haut 600.
Sudhoff, Karl, Anfänge der Syphilisbeobachtung u. Syphilisprophylaxe zu Frankfurt am Main 1496—1502 320.
— „Amerikanischer Ursprung" und „Mal franzoso" um die Mitte des 15. Jahrhunderts in Italien 598.
— Die ersten Maßnahmen der Stadt Nürnberg gegen die Syphilis, in den Jahren 1496 und 1497 598.
Süssenguth, Ludolf, Traumatische Ruptur der Urethra mit vollständiger Ablösung der Blase v. d. Urethra 464.
Sugai, T., Üb. die viszerale Lepra 546.
— u. Monobe, J., Üb. histolog. Befunde in der Plazenta Tuberkulose- und Leprakranker 547.
— — — Die Leprabazillen in der Milch von Leprakranken 550.
— — — Üb. die Vererblichkeit der Lepra und einiger anderer Infektionskrankheiten 553.
— — — Üb. die Lokalisation der Lepra- und Tuberkelbazillen und einiger anderer Bakterien i. d. Plazenta 602.
Sugi, K., Ein Fall von knötchenförmiger syphilit. Meningitis 209.
Sugimura, Shichitaro, 1. Experimente üb. den Ausbreitungsmodus d. Tuberkulose d. Harn- u. männl. Geschlechtsorgane; 2. Z. Frage der aszendierenden Urogenitaltuberkulose beim Weibe; 3. Nachtrag z. meiner Abhandlg. „üb. d. Infektionsmodus d. Tuberkulose i. d. Harn- u. männl. Geschlechtsorganen" 386.
Suter, Ad., Üb. Mastisol i. d. Wundbhdlg. 70.

Digitized by Google

*Sutton, Richard L., Eine mit atrophischen Veränderungen der affizierten Gebiete verknüpfte, rezidivierende Dermatitis des Gesichts 245.
— Die gelegentliche klin. Ähnlichkeit von Blastomykosis und Syphilis mit Sporotrichosis 626.
— Die Klassifikation der chron. hartnäckigen makulösen und makulopapulösen schuppenden Erythrodermien 694.
Szontágh, Felix, Angina und Skarlatina 697.

Tamássy, G., Ein schwerer Fall von blennorrh. Gonitis 63.
Tanton, J., Urethroplastik mittels Schleimhaut 58.
Tarneaud s. Balzer.
Teisset, Guillaume, Üb. den hämolyt. syphilit. Ikterus 206.
Teissier, Pierre, u. Marie, P.L., Vakzinebhdlg. der Variola 703.
— Gastinel, Pierre, u. Marie, P. L., Üb. die passive vakzinale Immunität dch. intravenöse Injektion von Variola-Serum 705.
Terebinsky, Syphilis u. Dermatologie. Der Zusammenhang zwischen denselben, ihre Entwicklung u. die Erfolge bei denselben 461.
Terra, Fernando, Die Bhdlg. m. Salvarsan 402.
— u. Araujo, Silva, Differentialdiagnose zw. Pian, Leishmaniose, Sporotrichose u. Blastomykose 402.
Terzaghi, R., Die Alopecia areata bei Heredosyphilitischen 113.
— Die epitheliale Überkleidg. der Heredo-Syphilitischen zeigt nicht dieselbe Resistenz wie diejenige normaler Personen 518.
Teschemacher (Neuenahr), Über Pneumaturie u. scheinbares Aufhören der Glykosurie bei blasenkranken Diabetikern 486.
Testard, Martial, Üb. den Mongolenfleck 382.
Thalmann 33.
Théodoresco, Pierre, Über Albuminuria syph. praecox 519.
Thévenot, Léon, Blasensteine n. der Prostatektomie 348.
— Die perirenale Phlegmone beim Kinde 350.
— u. Michel, Fall von hämorrhagischer Sepsis im Verlauf eines Trippers 574.
Thibierge, Georges, Hautknötchen, die in Atrophie ausgehen 434.
— Schankriforme Ulzeration a. d. Vulva e. 3jähr. Kindes 545, ferner 684.
Thomas, Yves, Btrg. z. Kenntnis des einseitigen Ödems 651.
Thorel, Bhdlg. d. Syphilis mit intraven. Injekt. v. Enesol in hohen Dosen 176.
Tièche, Max 356.
Tillgren, J., s. Lindvall.
Tixier, L., s. Babonneix.
Tizzoni, Guido, Üb. die immunisierende Reaktion des Blutes bei der Pellagra 654.
Todde, Carlo, Klin. Beitrag zur Topographie der sensiblen Nervenstörungen bei der Nervenlepra 547.
— Die männl. Geschlechtsdrüsen bei Geisteskranken 384.
Török, Ludwig, Salvarsan in der Bhdlg. der Syphilis 124.
— Bemerkgn. zur Streitfrage üb. die Entstehg. der Entzündg. bei der Dermatitis symmetrica dysmennorrhoica (Matzenauer und Polland) 600.
Tomaszewsky 86.
Tommasi, Lodovico, Bemerkgn. üb. zwei Fälle v. familiärer Ichthyose 285.
Torrigiani, A., s. Capelli.
Touchard u. Meaux Saint-Marc, Ein Fall von Poliomyelitis anterior acuta im Verlaufe der Sekundärperiode der Syphilis 603.
Toyama, J., Polyneuritis u. Kakke nach Salvarsan 409.
— L., Üb. eine bisher noch nicht beschriebene Dermatose „Pityriasis circinata" 601.
Treitel (Berlin), Klin. Erfahrgn. mit Adamon b. d. Reizzuständen der akuten Blennorrhöe 578.
Tribondeau (Tunis), Syphilis, Salvarsaninjektion, Heirat, syphilit. Kind 117.
— Rasche Färbemethode der Spirochäten 173.
Triboulet, Purpura, Radiotherapie 657.
Trinchese s. Kromayer.
Trinkler, N. P., Ein seltener Fall von Organverdopplung 258.
Truffi, M., Folliculitis atrophicans der unbehaarten Teile 515.
Trýb, Ant., Btrge. zur Kenntnis der Mycosis fungoides 232.
Tschernogubow, Die Serodiagnose d. Salvarsans 201.
Tschlenoff, M. A., 684.
Twort, C., s. Levaditi.

Uchimura, S., Urogenitaltuberkulose i. d. pathol.-anatom. Statistik 409.
Uffreduzzi, Ottorino, Die Bhdlg. der Hodenretention 258.

Digitized by Google

Ullmann, Karl, Üb. ein neues Prophylaktikum „Virilact" gegen venerische Infektionen 112.
— Üb. die Ausscheidungswerte und Speicherungsverhältnisse n. Einfuhr von Salvarsan in den menschlich-tierischen Organismus 232.
— Zur Frage der Parasitotropie u. Toxizität des Salvarsans (Neosalvarsans) 632.
Umbert, Die Lymphadenie, Leukämie. Pseudoleukämie und ihre Hautmanifestationen 408.
Unna, P. G., Ein typischer Fall von „Papierwissenschaft" 551.
*— u. Golodetz, L., Zur Chemie der Haut, X. Über Granoplasma und eine allg. Methode zur mikrochemischen Erforschung eiweißartiger Zellbestandteile 1.
— u. Reimann, Th., Die Verbesserungen der Färbungen dch. Fixierung der Gewebe mit Chlorzink 579.
Urbach, J., Die Geschlechtskrankheiten u. ihre Verhütg. im k. k. Heere, in der k. k. Landwehr und in der k. k. Kriegsmarine mit vergleich. Berücksichtigg. fremder Staaten 608.

Vacqueret, Ch., s. Palazzoli.
Valcourt, De, (Cannes), Tausend Fälle von Enukleation der Prostata 494.
Vandegrift (New York), Die Bhdlg. der Keratitis interstitialis mit Salvarsan 205.
y Vasquez, Antonio Hernandez, Plötzlich auftretendes Grauwerden 114.
Vecchi, Arnaldo, Üb. die bösartigen einfachen Geschwülste des Hodens (Karzinom, Sarkom, Adenokarzinom) 259.
*Veress, Franz v., Üb. die Bhdlg. des Trippers und ihre häufigsten Fehler 302.
Verner, A., s. Jeanselme.
Verrière (Lyon), Akute Retention bei Prostatikern 350.
Verrotti, G., Resultate, die mit der intraperitonealen Impfung von Lepraemulsion bei Kaninchen erhalten wurden 515.
— Üb. einen Fall von Mycosis fungoides 515.
— Ein neuer Fall von Boubas brasiliana oder Bredascher Krankheit 516.
Veszprémi, D., s. Marschalkó.
Vignolo-Lutati, Hyperkeratosis punctata et striata cuniculiformis 516.
— Btrg. z. Studium der Hautreaktionen nach intravenösen Salvarsaninjektionen 516.
Vilanova, Einige Erfahrgn. üb. Salvarsan 696.
Li Virghi, G., Mechanismus der chron. Retention bei Prostatikern 175.
Vörner, H., Urtica solitaria 231.
Volpino, G., Mariani, A., Bordoni, F., u. Alpago-Novello, L., Erste experim. Untersuchungsreihe üb. Pellagra 653.
Vuillet, H., Steine d. Blase u. des Ureters 175.

*Wagner, A., Skabies bei Epidermolysis bullosa hereditaria 453.
— F., Vorläufige Mitteilg. üb. die Anwendg. v. Thorium X in der Dermatologie 30.
— Paul, Arbeiten über Ureterenchirurgie 239.
Wagon, Louis, Üb. die Amenorrhöen im Verl. d. sekundären Syphilis 204.
Wallimann, Georges, Btrg. z. Kenntnis der Zysten des Spermaticus (Allgemeine Übersicht) 492.
Walz (Meiningen), Üb. Zystopurin, seine Wirkung b. d. Blennorrhöe u. ihren Nebenerkrankgn., insbes. d. Zystitis blennorrh. 66.
Warbrick, John C., Indikanurie u. die Chlorsalze 524.
Warren, G. W., Die Eiweißbestimmung, ein Hilfsmittel b. der Diagnose von Nierenerkrankungen 497.
Watanabe, S., Üb. Salvarsanfieber 115.
Watson, David, Diagnose der chron. blennorrh. Infektion 573.
Weber, F. Parkes, Chronisch verlaufende Raynaud-Symptome, wahrscheinl. auf syphilit. Basis, verbunden mit Livedo reticulata. Bemerkungen über Livedo reticulata (Livedo annularis, Livedo furgurata oder Cutis marmorata) 539.
— Erythema induratum mit Tuberkulose 673.
Wegmann, M. J., Zur Kenntnis der Heimkehrfälle bei Scharlach 700.
Weidenbaum, G., Ein Beitrag zur Technik der Credéschen Blennorrhöeprophylaxe 574.
Weidenfeld, Stefan, s. Schramek, ferner 96.
Weil, Morel u. Mouriquaud, Rektale Anwendung von Salvarsan 264.
*Weintraub, Richard, Zur Kenntnis d. kongen. Kutisdefekte 389.
Weiß, Franz, Zystoskopische Irrtümer 260.
Wellmann, Creighton, Salvarsan bei Lepra 551.

Digitized by Google

Werner, Alexander, Die Opsoninbehandlung der Staphylokokkusinfektion der Haut 650.
— R., Üb. die chemische Imitation der Strahlenwirkg. u. ihre Verwertbarkeit zur Unterstützung der Radiotherapie. I. Ältere Experimente 627.
— u. Ascher, L., Neuere Experimente 627.
Wernic, Leon, Üb. die Bhdlg. des Erysipels 35, 485.
Wersilowa, Fall zur Diagnose 29.
— Sklerodermie 29.
— Bromoderma vegetans 595.
Werther, Syringadenoma papilliferum 430.
— Pyaemide 431.
— Zwei Todesfälle nach Salvarsan 87.
v. Werthern (Heide i. H.), Üb. Erfahrgn. m. d. Blasennaht beim hohen Steinschnitt an Kindern 466.
White, Charles J., Die Trockenbhdlg. gewisser nässender Dermatosen 199.
— D., 237.
— J. M., Einfache perineale Ausschälg. der Prostata 494.
Whiteside, Georg, Die Anwendg. von Tuberkulin bei chirurg. Urogenitaltuberkulose 411.
Whitfield, A., Universelle Sarkomatosis b. e. 62jähr. Manne 146.
— Fall von organischem Nävus am Rücken, an der Brust und an den Armen im Anfangsstadium b. e. Knaben v. 8 Monaten 146.
— Fall zum Diagnostizieren 147.
Wichmann, Paul, Biol. u. therap. Erfahrgn. m. dem Radiumersatzpräparat Mesothorium 630.
Widal, Polymorphes Erythem oder Erythema nodosum 679.
Widmer, Chs., Üb. epidemieartig gehäuftes Auftreten v. Eiterprozessen 153.
Wildbolz, H., Gleichzeitige Nierentuberkulose und -steine 39.
Wilhelm, Eugen, Die rechtl. Beurteilg. des ärztlichen Rates z. illegitimen Geschlechtsverkehr 410.
Williams, A. W., Fall z. Diagnostizieren 375.
Willich, Karl Theodor, s. Müller, Reiner.
Wilms (Heidelberg), Die Erfolge der nach meiner Methode ausgeführten perinealen Prostatektomien mit seitlichem Schnitt 494.
— Zu den Ausführgn. von Zuckerkandl üb. die Prostatektomie nach Wilms 494.
Wilson, J. G., Zunahme der Mortalität infolge Diabetes 524.
Winkler (Ingolstadt), Üb. Mycosis fungoides 180.
*Winkler, H., Sulfidal, ein modernes Schwefelpräparat z. Bhdlg. der Krätze 333.
Wise, Fred, Zungen- u. Mundschleimhautveränderungen bei perniziöser Anämie 460.
Witte, Gonaromat „Täschner" 578.
Wjewiorowski, Paraffininfiltration der Haut 372.
— Fall von Sporotrichosis 373.
Wojciechowski, J., Wert der von Bauer und Hecht vereinfachten Wasserm. Reaktion 34, 484.
Wolf, Alexander S., 378.
— Wilhelm, Erfahrgn. m. der von Nilson angegebenen Modifikationen der Narathschen Varikozelenoperation 491.
Wolff (Karlsruhe), Eine einfache neue Bestrahlungslampe für Gleich- und Wechselstrom 630.
— Alfred, Läßt sich nur aus der zytologischen Untersuchung des Tubeneiters die Diagnose blennorrhoische Salpingitis stellen? 573, ferner 524.
— Max, Ein automatisch regulierender Miniaturscheinwerfer (2 Ampère-Fixpunktbogenlampe) für mikrosk. und makrosk. ärztl. Untersuchungen 388.
Wolffheim, R., Granuloma multiplex benignum (tuberculoides). Das multiple benigne Sarkoid der Haut und seine Beziehungen zur Tuberkulose 119.
Wolfsohn, Julian Mast, Die Kutanreaktion bei Syphilis 59.
Wolsh, D., Zwei Fälle z. Illustration d. Zusammenhanges zw. Herzkrankheiten u. Dermatosen 374.
Wossidlo, Hans, 180.
Wright, Barton Lisle, Die Bhdlg. von Erkrankgn., die auf pflanzliche Parasiten zurückzuführen sind, mittels intramuskulärer Quecksilberinjektionen 555.
— Die Bhdlg. v. Erkrankgn., verursacht dch. vegetabile Parasiten, m. tiefer intramuskulärer Injekt. v. Sukzinimid-Quecksilber 62.

X, Motorische Aphasie m. vorübergehender Agraphie syphilit. Ursprungs 209.

Yamada, Sh. u. Inouye, K., Untersuchg. d. Magensaftes bei Hautkranken 116.
Yamamoto, J., Tuberkulinbhdlg. bei Lepra 115.
Yoshida, S., Die Erfahrungen mit Hepatoxin nach Hori 518.

Digitized by Google

Zalewski (Frankfurt a. M.), Temperaturmessungen in beiden Achselhöhlen und ihre Bedeutg. f. die Chirurgie 72.
Zarzycki s. Fernau.
Zdanowics, W. J., Fall von Prolaps des Ureters 40.
Zeissler, Joseph, Fall v. sog. Prurigo nodularis 92.
Zieler, K., Z. Technik der Anwendg. hochkonzentrierter Quecksilbermischungen in der Syphilisbehandlung 262.
Ziemann, H., Üb. Gonokokkenvakzine als event. diagnostisches Hilfsmittel 65.
Zierl, Fritz, s. Koenigsfeld.
Zinsser, Ferdinand, u. Philipp, Paul, Ulcus cruris varicosum u. Syphilis 31.
Zuccari, Giuseppe, Üb. die antihämolytische Kraft des Serums Pellagröser 654.
Zuckerkandl, O., Zur Prostatektomie nach Wilms 494.
Zuern, Akrodermatitis atrophicans 168.

Digitized by Google

Digitized by Google

124237

Digitized by Google